



SATSE

**“INVESTIGA, LIDERA, CRECE:
XIII CONGRESO
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA”**

**“Investiga, lidera, crece: XIII
Congreso de Investigación
Enfermería y Fisioterapia”**

SATSE Ciudad Real
2023

“Investiga, lidera, crece: XIII Congreso de Investigación Enfermería y Fisioterapia”

Coordinadoras:

Oropesa Fernández, Sara

Galán Zamora, Aránzazu

Espinosa Muñoz, Estrella

Editor: SATSE Ciudad Real

<http://ciudadreal.satse.es>

1ª edición Agosto 2023

ISBN: 978-84-123166-6-7

D.L. CR 796-2023

@Todos los derechos reservados.

Índice

Capítulo 1	
<i>¿A qué edad realizamos la espirometría forzada a los niños y niñas en el HGUCR?</i>	14
Capítulo 2	
<i>¿Es necesario aumentar la educación sanitaria en el anciano polimedicado?</i>	18
Capítulo 3	
<i>¿Por qué las enfermeras no utilizamos la inyección intramuscular en la zona ventroglútea? revisión bibliográfica...</i>	22
Capítulo 4	
<i>¿Puede la violencia de género incrementar las complicaciones durante el posparto? Un estudio cuantitativo....</i>	26
Capítulo 5	
<i>¿Que actitudes tienen los universitarios frente a las its?</i>	31
Capítulo 6	
<i>¿Responsabilidad de la población de clm al vacunarse de la gripe o miedo a enfermarse de gravedad en tiempos de pandemia por sars-cov-2?</i>	36
Capítulo 7	
<i>¿Suero salino o heparina sódica? Revisión sobre su uso en catéteres periféricos.....</i>	40
Capítulo 8	
<i>¿Sulfadiazina argéntica en las quemaduras? una revisión bibliográfica.....</i>	45
Capítulo 9	
<i>A propósito de un caso : Fiebre Mediterránea Familiar</i>	50
Capítulo 10	
<i>A proposito de un caso: Síndrome Hiperemesis Cannabinoide (SHC).....</i>	54
Capítulo 11	
<i>Abordaje de enfermería en el tromboembolismo pulmonar.....</i>	58
Capítulo 12	
<i>Abordaje en el tratamiento de las flictenas.....</i>	62
Capítulo 13	
<i>Abordaje en la consulta hospitalaria de salud mental desde un caso clínico de tripanofobia</i>	67
Capítulo 14	
<i>Abordaje fisioterápico en hemiparesia derecha en usuario institucionalizado en residencia de mayores.....</i>	72
Capítulo 15	
<i>Abordaje fisioterápico en la distrofia muscular facioescapulohumeral</i>	76
Capítulo 16	
<i>Acretismo Placentario</i>	80
Capítulo 17	
<i>Actuación enfermera en el fallo hepático fulminante.....</i>	86
Capítulo 18	
<i>Actuaciones de enfermería en la prevención de errores de lateralidad en quirófano.....</i>	91

Capítulo 19	
Actualización en cuidados al neonato con sonda replogle.....	95
Capítulo 20	
Agresiones a sanitarios, un problema que no debe de ser invisible	100
Capítulo 21	
Alzheimer, la epidemia del siglo XXI.....	105
Capítulo 22	
Amenaza de parto pretérmino: cuidados basados en la literatura científica.....	109
Capítulo 23	
Análisis de la masa muscular y grasa de las extremidades inferiores de niños prepúberes nadadores y atletas....	114
Capítulo 24	
Aplicación del concepto TIME en úlceras vasculares postraumáticas.....	118
Capítulo 25	
Asiento pélvico moldeado con escayola para mejorar la participación y la autonomía en un niño con dificultades en el control postural.....	123
Capítulo 26	
Atención prehospitalaria en el paciente gran quemado.....	127
Capítulo 27	
Autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento. envejecimiento exitoso.....	133
Capítulo 28	
Baby Led Weaning y sus beneficios.....	137
Capítulo 29	
Beneficios de la administración de calostro en la mucosa orofaríngea en recién nacidos prematuros.....	142
Capítulo 30	
Beneficios de la esferodinamia en el trabajo de parto.....	146
Capítulo 31	
Beneficios de realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos.....	150
Capítulo 32	
Beneficios del uso de la esferodinamia en el embarazo y parto.....	154
Capítulo 33	
Bridas Amnióticas. Caso Clínico.....	158
Capítulo 34	
Buena praxis en la epistaxis	163
Capítulo 35	
Calidad del sueño en trabajadores a turnos. Revisión de la literatura.....	167
Capítulo 36	
Campo quirúrgico reutilizable vs desechable en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica.....	172
Capítulo 37	
Caso Clínico: Abordaje de Enfermería de las Complicaciones en las Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea...	176
Capítulo 38	
Caso Clínico: Apendicetomía durante el embarazo	181
Capítulo 39	
Caso clínico: Ejercicio terapéutico en cervicodorsalgia crónica.....	186
Capítulo 40	
Caso clínico: Mastitis en neonato.....	192
Capítulo 41	
Caso clínico: Miocarditis y/o pericarditis relacionada con COVID-19.....	198
Capítulo 42	
Caso clínico: Onfalitis en recién nacido	203
Capítulo 43	
Caso clínico: Oximetría regional.....	210

Capítulo 44	
<i>Caso clínico: Uso de dispositivos de oxígeno a alto flujo en la insuficiencia cardíaca</i>	215
Capítulo 45	
<i>Catéter periférico: ¿es tan inocuo como parece?</i>	219
Capítulo 46	
<i>Causas extracardíacas de alteraciones en el electrocardiograma</i>	223
Capítulo 47	
<i>Comparación de la vía intramuscular y la vía oral en la deficiencia de vitamina B12</i>	228
Capítulo 48	
<i>Comparación magnetoterapia vs TENS en la lumbalgia</i>	233
Capítulo 49	
<i>Complicaciones en herida quirúrgica tras reconstrucción mamaria post-mastectomía</i>	237
Capítulo 50	
<i>Condrodisplasia rizomelica punctata. Reporte de un caso</i>	242
Capítulo 51	
<i>Conducta suicida en el anciano</i>	248
Capítulo 52	
<i>Conocimiento de la vía intraósea</i>	252
Capítulo 53	
<i>Consumo de hipnosedantes en la población española entre 15 y 64 años</i>	258
Capítulo 54	
<i>Cuidados de enfermería en colocación y mantenimiento de tracción de partes blandas</i>	263
Capítulo 55	
<i>Cuidados de enfermería en los aneurismas aórticos</i>	268
Capítulo 56	
<i>Cuidados de enfermería y tratamiento de neonatos con Dextro-transposición de grandes arterias</i>	272
Capítulo 57	
<i>Cuidados en la piel en el paciente en tratamiento con capecitabina</i>	277
Capítulo 58	
<i>Cuidados y manejo del paciente con osteomielitis en pediatría desde un caso clínico</i>	282
Capítulo 59	
<i>Déficit de vitamina D y cómo abordarlo en la consulta de atención primaria de enfermería</i>	287
Capítulo 60	
<i>Diabetes tipo 1: Monitorización flash frente a capilar</i>	292
Capítulo 61	
<i>Diabulimia, ¿Qué ocurre cuando coexisten diabetes y trastorno de la conducta alimentaria?</i>	297
Capítulo 62	
<i>Diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares</i>	302
Capítulo 63	
<i>Dieta cetogénica como tratamiento de la epilepsia refractaria</i>	308
Capítulo 64	
<i>Drenaje ventricular externo: manejo y cuidados de enfermería</i>	312
Capítulo 65	
<i>Educación sanitaria al paciente portador de reservorio venoso subcutáneo</i>	317
Capítulo 66	
<i>Efectividad de la hidroterapia como tratamiento en la enfermedad de parkinson</i>	321
Capítulo 67	
<i>Efectividad de la magnetoterapia en la artrosis de rodilla. Revisión bibliográfica</i>	326
Capítulo 68	
<i>Efectividad del decúbito prono en el distrés respiratorio</i>	330
Capítulo 69	
<i>Efectividad del masaje perineal para la reducción de los traumatismos en el periné durante el embarazo</i>	334

Capítulo 70	
<i>Efectividad del uso de aromaterapia para reducir el dolor durante el trabajo de parto.....</i>	339
Capítulo 71	
<i>Efectividad del vendaje funcional en el esguince de tobillo.....</i>	344
Capítulo 72	
<i>Efectos del óxido nitroso durante el trabajo de parto.....</i>	348
Capítulo 73	
<i>Efectos del uso de los sistemas de monitorización continua de glucosa en pacientes diabéticos.....</i>	352
Capítulo 74	
<i>Eficacia de la ingesta de ácidos grasos omega 3 en pacientes con depresión: revisión bibliográfica.....</i>	356
Capítulo 75	
<i>Ejercicio físico en hemodiálisis.....</i>	361
Capítulo 76	
<i>Ejercicio terapéutico y lumbalgia desde la fisioterapia: revisión bibliográfica.....</i>	366
Capítulo 77	
<i>El aumento de la aproximación poblacional a las consultas de Enfermería.</i>	371
Capítulo 78	
<i>El Covid y la afectación en la funcionalidad del paciente crónico.....</i>	375
Capítulo 79	
<i>El Gran Debut.</i>	379
Capítulo 80	
<i>El mieloma múltiple y la influencia de la vitamina D en su desarrollo.....</i>	384
Capítulo 81	
<i>El Orden de Administración de Inhaladores: ¿Broncodilatadores o Corticoides primero?.....</i>	388
Capítulo 82	
<i>El papel de la fisioterapia en la parálisis braquial obstétrica.....</i>	392
Capítulo 83	
<i>El signo bioquímico de la empatía. Oxitocina.....</i>	396
Capítulo 84	
<i>Endulzando la vida: Diabetes mellitus y los problemas afectivos.....</i>	400
Capítulo 85	
<i>Enfermedad de chagas y gestación.....</i>	404
Capítulo 86	
<i>Enfermería en el paciente ostomizado: afrontando el cambio.....</i>	410
Capítulo 87	
<i>Enfermería en el reconocimiento de los factores predisponentes para el destete ventilatorio. Una revisión bibliográfica....</i>	413
Capítulo 88	
<i>Enfermería, núcleo fundamental, para sensibilizar a los pacientes con anticoagulantes orales en Atención Primaria...419</i>	419
Capítulo 89	
<i>Epilepsia y accidentes. Caso clínico</i>	423
Capítulo 90	
<i>Escalas de predicción precoz de hemorragia masiva a nivel extrahospitalario.....</i>	429
Capítulo 91	
<i>Escucha activa una herramienta indispensable para el correcto abordaje del paciente</i>	435
Capítulo 92	
<i>Estrés psicológico en los profesionales del área quirúrgica.....</i>	440
Capítulo 93	
<i>Estudio comparativo de las donaciones sanguíneas obtenidas en prepandemia y donaciones sanguíneas obtenidas durante la pandemia.</i>	445
Capítulo 94	
<i>Estudio observacional de la adhesión de la higiene de manos en la unidad de Reanimación cardiaca del hospital de León.</i>	449

Capítulo 95	
<i>Estudio sobre el reservorio subcutáneo y sus complicaciones por el personal de enfermería en radiología vascular.....</i>	<i>454</i>
Capítulo 96	
<i>Estudio sobre el tipo de pinzamiento del cordón umbilical y la práctica del milking.</i>	<i>459</i>
Capítulo 97	
<i>Estudio sobre la importancia de la Formación en el manejo de heridas de difícil cicatrización.....</i>	<i>464</i>
Capítulo 98	
<i>Eventos adversos en pacientes sometidos a Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR)</i>	<i>469</i>
Capítulo 99	
<i>Evidencia del método de inducción en el trabajo de parto.....</i>	<i>474</i>
Capítulo 100	
<i>Exanguinotransfusión: a propósito de un caso.....</i>	<i>478</i>
Capítulo 101	
<i>Fenómeno de raynaud: Etiología y manejo.....</i>	<i>484</i>
Capítulo 102	
<i>Fisioterapia en Espina Bífida.....</i>	<i>489</i>
Capítulo 103	
<i>Fortalecimiento del suelo pelvico como tratamiento en el dolor lumbopelvico.....</i>	<i>494</i>
Capítulo 104	
<i>Fractura de Cadera. Un Problema de Actualidad</i>	<i>498</i>
Capítulo 105	
<i>Funciones de la enfermería dentro del campo de la reproducción asistida.....</i>	<i>503</i>
Capítulo 106	
<i>Gestión social de las desigualdades en salud y coordinación sanitaria</i>	<i>507</i>
Capítulo 107	
<i>Hábitos de ejercicio físico (caminar para desplazarse) entre la población adulta española.....</i>	<i>512</i>
Capítulo 108	
<i>Hemoderivados transfundidos en el hgucr por unidad (2019 - 2021).....</i>	<i>517</i>
Capítulo 109	
<i>Hemorragia en llama.....</i>	<i>520</i>
Capítulo 110	
<i>Humanización de los cuidados a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo Programa A.S.I ...</i>	<i>525</i>
Capítulo 111	
<i>Identificación y Actuación de Enfermería ante los factores estresantes en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.....</i>	<i>530</i>
Capítulo 112	
<i>Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención al parto y en el postparto.....</i>	<i>535</i>
Capítulo 113	
<i>Impacto en la violencia de género en españa debido a la pandemia por covid-19.....</i>	<i>539</i>
Capítulo 114	
<i>Importancia de las proteínas en la mejoría de las úlceras por presión</i>	<i>544</i>
Capítulo 115	
<i>Imposibilidad de agarre al Pecho en lactante recién nacido por Anquiloglosia</i>	<i>549</i>
Capítulo 116	
<i>Infeción por COVID y Alteraciones en el ciclo Menstrual</i>	<i>554</i>
Capítulo 117	
<i>Ingreso involuntario en un centro sociosanitario a propósito de un caso de síndrome de diógenes</i>	<i>558</i>
Capítulo 118	
<i>Injuria inhalatoria: Síndrome Inhalatorio del paciente quemado.. ..</i>	<i>562</i>
Capítulo 119	
<i>Inyección intramuscular uso de un dispositivo de termo-vibración para el manejo del dolor.....</i>	<i>567</i>

Capítulo 120	
<i>Isoapariencia entre fármacos: un factor de riesgo en la práctica clínica enfermera.....</i>	<i>571</i>
Capítulo 121	
<i>La dieta vegana durante la gestación</i>	<i>576</i>
Capítulo 122	
<i>La hemoglobina glicosilada, una gran desconocida para muchos pacientes diabéticos.....</i>	<i>581</i>
Capítulo 123	
<i>La Hipotermia ¿Es Eficaz en la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica del recién nacido?.....</i>	<i>585</i>
Capítulo 124	
<i>La investigación como medio para el desarrollo de protocolos de formación en salud.....</i>	<i>589</i>
Capítulo 125	
<i>La maniobra de somersault ante la presencia de circulares de cordón en el expulsivo.....</i>	<i>594</i>
Capítulo 126	
<i>La neuromodulación del tibial posterior en el tratamiento de las incontinencias fecales: una revisión bibliográfica...599</i>	
Capítulo 127	
<i>La versión cefálica externa (VCE) en fetos con presentación podálica.....</i>	<i>604</i>
Capítulo 128	
<i>Lactancia Materna segura en tiempos de Covid-19.....</i>	<i>609</i>
Capítulo 129	
<i>Lactancia y sueño materno</i>	<i>614</i>
Capítulo 130	
<i>Las instilaciones como tratamiento en patología vesical.....</i>	<i>617</i>
Capítulo 131	
<i>Listado de verificación quirúrgica ¿Lo Conoces?</i>	<i>621</i>
Capítulo 132	
<i>Los Virus: ¿Son solo nuestros verdugos o también nuestros salvadores?.....</i>	<i>625</i>
Capítulo 133	
<i>Manejo del vertigo posicional paroxístico benigno</i>	<i>629</i>
Capítulo 134	
<i>Manejo en una unidad de críticos de las cánulas nasales de alto flujo</i>	<i>633</i>
Capítulo 135	
<i>Manejo específico de temperatura para prevenir síndrome postparada cardíaca</i>	<i>637</i>
Capítulo 136	
<i>Masaje abdominal infantil.....</i>	<i>641</i>
Capítulo 137	
<i>Mejora de la cicatrización de úlceras venosas tratadas con terapia compresiva.....</i>	<i>644</i>
Capítulo 138	
<i>Microbiota y Osteoartritis.....</i>	<i>648</i>
Capítulo 139	
<i>Muerte súbita cardiológica en adultos cuestión de prevención</i>	<i>653</i>
Capítulo 140	
<i>Nebulización con solución salina hipertónica al 3% para el tratamiento de la bronquiolitis aguda: una revisión sistemática.....</i>	<i>657</i>
Capítulo 141	
<i>Necesidad de seguridad frente al dolor agudo: el ascensor</i>	<i>662</i>
Capítulo 142	
<i>Necesidad de implantar la figura de la enfermera escolar</i>	<i>666</i>
Capítulo 143	
<i>Nomofobia, la adicción del siglo XXI.....</i>	<i>670</i>
Capítulo 144	
<i>Nuevos alimentos. Aplicación genética en la producción de alimentos</i>	<i>675</i>

Capítulo 145	
<i>Ondas de choque como tratamiento frente a otras terapias convencionales en la fascitis plantar</i>	680
Capítulo 146	
<i>Oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de heridas y úlceras crónicas</i>	684
Capítulo 147	
<i>Pacientes con Hepatitis B en hemodialisis</i>	688
Capítulo 148	
<i>Papel de enfermería en el decúbito prono en el paciente crítico</i>	693
Capítulo 149	
<i>Parálisis de Bell. Caso Clínico</i>	699
Capítulo 150	
<i>PICC en Enfermería, Técnica, Cuidados y Complicaciones</i>	704
Capítulo 151	
<i>Plagiocefalia postural ¿Qué hacemos desde la consulta de enfermería pediátrica?</i>	709
Capítulo 152	
<i>Plasmaféresis realizadas durante el periodo de 2020 y 2021 de pacientes convalecientes de COVID-19 como potencial tratamiento a dicha enfermedad</i>	715
Capítulo 153	
<i>Potasio en Hemodiálisis</i>	719
Capítulo 154	
<i>Prevención de la depresión en el anciano desde la consulta de enfermería de atención primaria</i>	723
Capítulo 155	
<i>Prevención de úlceras por presión mediante superficies de apoyo especial</i>	727
Capítulo 156	
<i>Prevención primaria de la anemia ferropénica en embarazadas</i>	732
Capítulo 157	
<i>Prevención y diagnóstico precoz del pie diabético en atención primaria</i>	737
Capítulo 158	
<i>Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión en Unidades de Cuidados Intensivos</i>	742
Capítulo 159	
<i>Primeros auxilios en los centros escolares: Una revisión bibliográfica</i>	746
Capítulo 160	
<i>Principales dificultades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en mayores de 55 años</i>	752
Capítulo 161	
<i>Problemas de salud en la mujer: la depresión postparto</i>	757
Capítulo 162	
<i>Queratitis infecciosa como complicación de cirugía refractiva (PRK) a</i>	762
Capítulo 163	
<i>Rabdomiolisis: comparativa entre la provocada por dispositivos de electroestimulación y la deportiva</i>	767
Capítulo 164	
<i>RCP en la Gestante</i>	771
Capítulo 165	
<i>Recomendaciones actualizadas para la prevención de la caries infantil</i>	776
Capítulo 166	
<i>Recomendaciones en el paciente colostomizado: Sexualidad y Ejercicio Físico</i>	781
Capítulo 167	
<i>Relación entre tomar desayuno saludable y rendimiento académico</i>	786
Capítulo 168	
<i>Revisión bibliográfica acerca de la prevención de la incontinencia urinaria en mujeres premenopausicas</i>	790
Capítulo 169	
<i>Revisión bibliográfica sobre la prevención de alergias alimentarias en función del inicio de la alimentación</i>	795

Capítulo 170	
<i>Revisión bibliográfica sobre las diferentes posiciones maternas durante el parto.....</i>	<i>800</i>
Capítulo 171	
<i>Riesgo de atragantamiento en alimentación complementaria tradicional y BLW.....</i>	<i>805</i>
Capítulo 172	
<i>SAHS y la importancia de la Educación Sanitaria en la Consulta de Enfermería.....</i>	<i>809</i>
Capítulo 173	
<i>Sangrados anormales en niños a propósito de un caso de Von Willebrand.....</i>	<i>814</i>
Capítulo 174	
<i>Sarna en 2022: A Propósito de un caso.....</i>	<i>819</i>
Capítulo 175	
<i>Sevoflurano un tratamiento eficaz para tratar las úlceras vasculares en la consulta de AP.....</i>	<i>825</i>
Capítulo 176	
<i>Síndrome compartimental y de aplastamiento. Valoración Prehospitalaria.....</i>	<i>829</i>
Capítulo 177	
<i>Síndrome de Alergia Oral.....</i>	<i>834</i>
Capítulo 178	
<i>Síndrome de Hipertermia Maligna: Una patología Infrecuente.....</i>	<i>839</i>
Capítulo 179	
<i>Sonda Vesical: ¿Se debe pinzar antes de retirar?.....</i>	<i>844</i>
Capítulo 180	
<i>SopORTE nutricional en el paciente quirúrgico.....</i>	<i>848</i>
Capítulo 181	
<i>Su primera vacuna, leche materna.....</i>	<i>852</i>
Capítulo 182	
<i>Sujeción mecánica en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.....</i>	<i>857</i>
Capítulo 183	
<i>Superficies especiales para prevención de las úlceras por presión ¿son realmente eficaces?</i>	<i>862</i>
Capítulo 184	
<i>Taller de masaje infantil como herramienta de educación para la salud en fisioterapia.....</i>	<i>867</i>
Capítulo 185	
<i>Terapia celular y regenerativa a partir de piezas dentales</i>	<i>872</i>
Capítulo 186	
<i>Terapia de Presión Negativa en fístulas linfáticas.....</i>	<i>877</i>
Capítulo 187	
<i>Tetralogía de Fallot.....</i>	<i>881</i>
Capítulo 188	
<i>Transfusiones Sanguíneas en Tiempos de Pandemia.....</i>	<i>886</i>
Capítulo 189	
<i>Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo.....</i>	<i>890</i>
Capítulo 190	
<i>Trastornos de la excreción.....</i>	<i>894</i>
Capítulo 191	
<i>Tratamiento Conservador de la Coccigodinia en el Ámbito de la Fisioterapia: Revisión bibliográfica.....</i>	<i>898</i>
Capítulo 192	
<i>Tratamiento del dolor postoperatorio tras craneotomía</i>	<i>902</i>
Capítulo 193	
<i>Tratamiento no farmacológico para el insomnio en residencia de ancianos</i>	<i>907</i>
Capítulo 194	
<i>Úlceras terminales de Kennedy</i>	<i>912</i>
Capítulo 195	
<i>Una realidad oculta a la que se enfrentan las mujeres. Violencia obstétrica.....</i>	<i>916</i>

Capítulo 196

Uso combinado de apósito de fibras poliabsorbentes hidrotensivas con plata (urgoclean AG) con solución de poliexamida en úlcera venosa.....920

Capítulo 197

Uso de antibióticos tópicos en quemaduras menores..... 924

Capítulo 198

Uso de Dermazoil en Heridas de Origen Traumático.....929

Capítulo 199

Uso de harina de almidón de maíz en el tratamiento de Úlceras por Presión Infeccionadas..... 933

Capítulo 200

Uso de miel y veneno de abeja en heridas.....937

Capítulo 201

Uso de ortodoncia y su influencia en las alteraciones posturales: una revisión bibliográfica.....942

Capítulo 202

Uso de tapones desinfectantes como medida de prevención de infecciones asociadas a cvc en unidades críticas neonatales.....946

Capítulo 203

Uso y cuidados del Sistema de Manejo Fecal Flexi- Seal® en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).....950

Capítulo 204

Vacuna del virus del papiloma humano. ¿También en hombres?.....956

Capítulo 205

vacunación antigripal en la población pediátrica.....961

Capítulo 206

Valoración de las nuevas tecnologías en el control de pacientes con diabetes mellitus tipo II.....965

Capítulo 207

Valoración del conocimiento de consumo de cafeína y de las recomendaciones recibidas en pacientes con HTA primaria....969

Capítulo 208

Valoración del consumo de cafeína y de las recomendaciones dadas a pacientes con HTA en profesionales sanitarios de atención primaria.....974

Capítulo 209

Valoración inicial y tratamiento al paciente con quemaduras: enfoque enfermero.....979

Capítulo 210

Versión cefálica externa.....984

Capítulo 1

¿A qué edad realizamos la espirometría forzada a los niños y niñas en el HGUCR?

Saucedo García, M^a Estrella

¿A qué edad realizamos la espirometría forzada a los niños y niñas en el HGUCR?

Autora: M^a Estrella Saucedo García

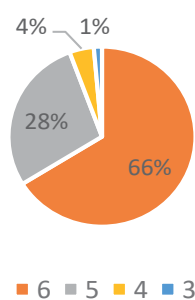
INTRODUCCIÓN

La espirometría forzada es una prueba que proporciona información sobre la función pulmonar y es parte del diagnóstico y seguimiento de enfermedades como el asma, tos crónica y fibrosis quística, siempre y cuando se utilice una metodología adecuada y personal entrenado y formado.

RESULTADOS

De los niños y niñas que vienen como pacientes nuevos y que no han realizado previamente esta prueba, se detecta que el 66 % tiene una edad de 6 años, el 28% una edad de 5 años y en menor medida de 4 años (4%); sobre una muestra estudiada de 71 pacientes, de los cuales 29 son niñas y 42 son niños. Por su parte, el porcentaje de broncodilataciones es mayor en pacientes de más edad, mientras que los test de sudor se realizan más frecuentemente en pacientes de menor edad.

Población estudiada. % según edades comprendidas entre 3 y 6 años



CONCLUSIONES

El mayor % de niños que se inicia en espirometría forzada corresponde a pacientes de 6 años, seguido de los de 5 años, y de manera excepcional a algún niño/niña de 4 años (ya que el grado de colaboración no suele ser habitual). Además, se consiguió completar el estudio con una broncodilatación y posterior espirometría, y test de sudor.

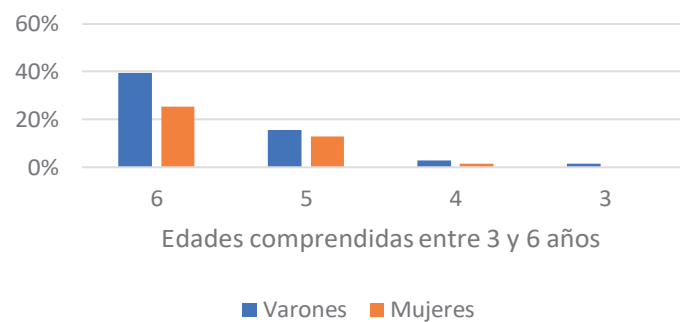
OBJETIVO

El objetivo es analizar la edad en la que se empieza a utilizar la espirometría forzada en la edad pediátrica de nuestra consulta.

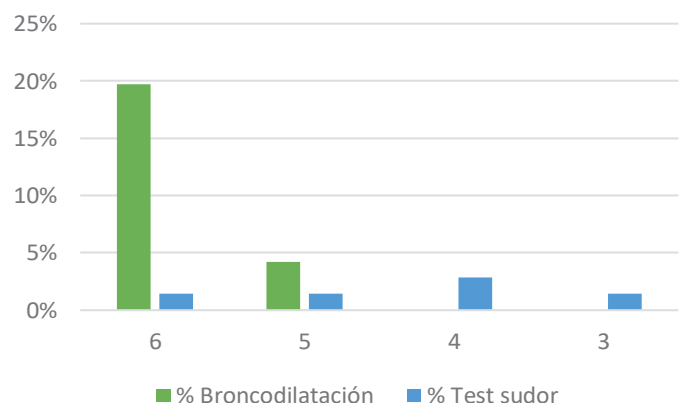
MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio analítico transversal a lo largo de un año natural, de los niños y niñas que acuden a la consulta de neumología pediátrica y que realizan por 1^a vez espirometría forzada.

% de mujeres y varones de la muestra, según edad



% de broncodilataciones y % tests de sudor realizados a la muestra, por edad de 3 a 6 años



REFERENCIAS

- Bercedo Sanz A, et al. *Congreso de Actualización Pediatría 2019*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 359-372.
- Velasco González M, et al. *Protocolos de diagnósticos terapéuticos en neumología pediátrica*. Asociación Española de pediatría – Sociedad Española de Neumología pediátrica. Ed.: 2017

Resumen: La espirometría forzada es la prueba no invasiva más habitual para determinar la función pulmonar.

En la población pediátrica su uso a partir de la edad preescolar ayuda al diagnóstico y tratamiento de enfermedades pulmonares como el asma y la fibrosis quística.

Su realización y correcta interpretación requiere personal de enfermería adecuadamente formado y especializado

En este estudio queremos determinar la edad de inicio en la población infantil que acude por 1ª vez a realizar esta prueba, analizándose datos de niños/as de entre 4 a 6 años principalmente, puesto que en edades superiores es habitual su realización de manera más sistemática.

Palabras Clave: Espirometría, Asma, Fibrosis quística

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La espirometría forzada es una prueba que proporciona información sobre la función pulmonar y es parte del diagnóstico y seguimiento de enfermedades pulmonares como el asma, tos crónica y fibrosis quística, siempre y cuando se utilice una metodología adecuada y personal entrenado y formado en su realización.

Objetivo:

El objetivo es analizar la edad en la que se empieza a emplear el uso de espirometría forzada en la población pediátrica que acude por primera vez a nuestra consulta.

Material y Método:

Se realiza un estudio analítico transversal a lo largo de 1 año natural, de los niños y niñas que acuden a la consulta de Neumología Pediátrica y que realizan por primera vez espirometría forzada.

Resultados:

De los datos obtenidos de niños y niñas que vienen como pacientes nuevos (de la franja de edad de 4 a 6 años) y que no han realizado previamente esta prueba, se detecta que el 66% tiene una edad de 6 años, el 28% una edad de 5 años y en menor medida de 4 años (4%); sobre una muestra estudiada de 71 pacientes, de los cuales 29 son niñas y 42 son niños.

Por su parte, el % de bronco dilataciones (aplicación de inhalador con un fármaco bronco dilatador de acción corta) y la posterior realización de una espirometría de control es superior en pacientes de mayor edad, mientras que los test de sudor (prueba que se realiza a nivel cutáneo para el diagnóstico de la fibrosis quística) es más frecuente en pacientes de menor edad.

Conclusiones:

El mayor % de niños/as que empiezan a realizar espirometría forzada corresponde a pacientes de 6 años de edad, seguido de los de 5 años, y de manera excepcional a algún niño de 4 años, ya que el grado de colaboración necesario para la correcta realización de la prueba no suele ser el adecuado.

Además, se consiguió completar el estudio con una bronco dilatación y posterior espirometría (20% en los de 6 años y 5% en los de 5 años) y test de sudor en otros casos.

Bibliografía

- 1.- Bercedo Sanz A, Úbeda Sansano MI, Juliá Benito JC, Praena Crespo M, Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap. Espirometría. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 359-372.
- 2.- Velasco González M, et al. Protocolos de diagnóstico y terapéuticos en neumología pediátrica. Asociación Española de Pediatría,-Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Ed. 2017.
- 3.- Marsiñach Sánchez S, Santafé Méndez MC, Gascón Casaredi I. Experiencia enfermera en la realización de espirometrías en un equipo pediátrico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:e137-e145.

Capítulo 2

¿Es necesario aumentar la educación sanitaria en el anciano polimedicado?

Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, Jesús Manuel

¿ES NECESARIO AUMENTAR LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO?



AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

La polimedicación desde el punto de vista cuantitativo es el consumo de un número concreto de fármacos (generalmente 5 o más) y desde el punto de vista cualitativo, con un uso no indicado o inadecuado de algún medicamento.

La población mayor de 65 años en España supera el 17% y consume más del 30% de los medicamentos. El consumo diario medio del anciano oscila entre 4 y 5 medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica. Las personas mayores son un grupo de riesgo importante con relación al uso de fármacos. Si se tiene en cuenta la automedicación, el consumo asciende a más de 5 medicamentos.

OBJETIVOS

- Conocer si el paciente se toma correctamente la medicación prescrita tras la visita de enfermería.
- Analizar a la población mayor de 65 años dada de alta hospitalaria a su domicilio habitual con cambios en su tratamiento o iniciación de uno nuevo.
- Averiguar el nivel de conocimiento y dependencia a la hora de tomar este nuevo tratamiento y saber si es necesario aumentar la educación sanitaria.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en los domicilios de los pacientes de un centro de salud, seleccionando 75 historias clínicas de pacientes a los cuales se les visitó y fueron dados de alta con cambios en su tratamiento domiciliario habitual.

El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Julio a Diciembre de 2021.

Se tuvieron en cuenta variables como sexo, edad mayor de 65 años, nivel de dependencia a la hora de tomar su tratamiento, conocimiento del fármaco/utilidad y datos de alta a su domicilio.

RESULTADOS

CONOCIMIENTO DEL FÁRMACO Y SU UTILIDAD	NUMERO DE PACIENTES ANTES DEL INGRESO	NUMERO DE PACIENTES DESPUES DEL INGRESO
Diferenciaban el fármaco y su utilidad	21	14
Diferenciaban el fármaco pero no su utilidad	34	38
No diferenciaban fármacos entre si, ni sus utilidades	20	23

NIVEL DE DEPENDENCIA EN LA TOMA DE SU TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES ANTES DEL INGRESO	NUMERO DE PACIENTES DESPUES DEL INGRESO
Independientes	41	15
Necesitaban ayuda	14	40
Dependientes	20	15

SEXO



■ Mujeres 58%

■ Hombres 42%

CONCLUSIONES

El entorno socio familiar del paciente polimedicado al alta de hospitalización sufre cambios importantes. En este estudio un número importante de pacientes perdió su independencia a la hora de tomar su tratamiento, a la vez que aumentó, lógicamente, el número de pacientes que necesitaban ayuda para poder cumplir su tratamiento y también el número de pacientes completamente dependientes. Lo mismo ocurre con los pacientes que sabían diferenciar cada uno de sus medicamentos, que son menos, y aumentan los que no podían diferenciar un medicamento de otro tras la hospitalización.

Por lo que de este estudio se extrae la necesidad de aumentar la educación sanitaria tras el alta hospitalaria tanto a pacientes como a familiares.

Bibliografía:

- 1.-Perez MF, Castillo R, Rodríguez J, Martos E. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedificada. 2002.
- 2.-Gavilan Moral, E. Vilafaina Barroso, A. Polimedicación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 2011.
- 3.-Leal Hernandez, M. Abellan Alemán, J. Casa Pina, MT. Paciente polimedicado ¿Conoce la posología de la medicación? ¿Afirma tomarla correctamente? Atención Primaria. 2014.

Resumen: La población mayor de 65 años en España supera el 17% y consume más del 30% de los medicamentos. El consumo diario medio del anciano oscila entre 4 y 5 medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica. Las personas mayores son un grupo de riesgo importante con relación al uso de fármacos. Si se tiene en cuenta la automedicación, el consumo asciende a más de 5 medicamentos. Debemos analizar a la población mayor de 65 años dada de alta hospitalaria a su domicilio habitual con cambios en su tratamiento o iniciación de uno nuevo, averiguando el nivel de conocimiento y dependencia a la hora de tomar este nuevo tratamiento. Concluyendo que es necesario aumentar la educación sanitaria.

Palabras Clave: Polifarmacia, Educación sanitaria, Independencia funcional.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La polimedicación desde el punto de vista cuantitativo es el consumo de un número concreto de fármacos (generalmente 5 o más) y desde el punto de vista cualitativo, con un uso no indicado o inadecuado de algún medicamento. La población mayor de 65 años en España supera el 17% y consume más del 30% de los medicamentos. El consumo diario medio del anciano oscila entre 4 y 5 medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica. Las personas mayores son un grupo de riesgo importante con relación al uso de fármacos. Si se tiene en cuenta la automedicación, el consumo asciende a más de 5 medicamentos.

Objetivo:

Conocer si el paciente se toma correctamente la medicación prescrita tras la visita de enfermería. Analizar a la población mayor de 65 años dada de alta hospitalaria a su domicilio habitual con cambios en su tratamiento o iniciación de uno nuevo. Averiguar el nivel de conocimiento y dependencia a la hora de tomar este nuevo tratamiento y saber si es necesario aumentar la educación sanitaria.

Material y Método:

El diseño utilizado ha sido un estudio descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en los domicilios de los pacientes de un centro de salud, seleccionando 75 historias clínicas de pacientes a los cuales se les visitó y fueron dados de alta con cambios en su tratamiento domiciliario habitual. El número de sujetos seleccionados fue durante los meses de Julio a Diciembre de 2021. Se tuvieron en cuenta variables como sexo, edad mayor de 65 años, nivel de dependencia a la hora de tomar su tratamiento, conocimiento del fármaco/utilidad y datos de alta a su domicilio.

Resultados y conclusiones:

DEL entorno socio familiar del paciente polimedicado al alta de hospitalización sufre cambios importantes. En este estudio un número importante de pacientes perdió su independencia a la hora de tomar su tratamiento, a la vez que aumentó, lógicamente, el número de pacientes que necesitaban ayuda para poder cumplir su tratamiento y también el número de pacientes completamente dependientes. Lo mismo ocurre con los pacientes que sabían diferenciar cada uno de

sus medicamentos, que son menos, y aumentan los que no podían diferenciar un medicamento de otro tras la hospitalización. Por lo que de este estudio se extrae la necesidad de aumentar la educación sanitaria tras el alta hospitalaria tanto a pacientes como a familiares.

Bibliografía

1.- Perez MF. Castillo R, Rodríguez J. Martos E. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. 2002.

2.- Gavilan Moral, E. Vilafaina Barroso, A. Polimedicación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 2011.

3.- Leal Hernandez, M. Abellán Alemán, J. Casa Pina, MT. Paciente polimedicado ¿Conoce la posología de la medicación? ¿Afirma tomarla correctamente? Atención Primaria. 2014.

Capítulo 3

¿Por qué las enfermeras no utilizamos la inyección intramuscular en la zona ventroglútea? revisión bibliográfica.

*Santiago Blanco, Lorena
Santiago Blanco, Laura
Rodríguez Manzano, Isabel
Loma Ramos, Sara
San Felipe González, Clara
de Castro Caberos Marta*

¿POR QUÉ LAS ENFERMERAS NO UTILIZAMOS LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN LA ZONA VENTROGLÚTEA? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Santiago-Blanco, Lorena; Santiago-Blanco, Laura; Rodríguez-Manzano, Isabel; Loma-Ramos, Sara; San Felipe-González, Clara; de Castro-Cabreros, Marta.

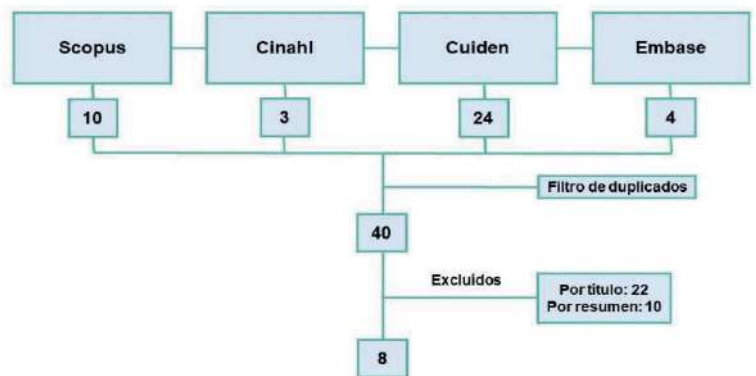
Introducción: uno de los procedimientos más utilizados por los profesionales de enfermería es la administración de medicamentos, siendo en concreto la vía intramuscular una de las más habituales. Se pueden administrar en la zona deltoidea, el vasto lateral externo, en la zona dorsoglútea (DG) y la ventroglútea (VG).

Las inyecciones intramusculares pueden provocar efectos adversos (sangrados, dolor, lesiones de vasos sanguíneos o nervios, etc.) derivados de una mala praxis.



Objetivos: revisar la utilización de la zona ventroglútea en la administración de medicación por vía intramuscular por parte de los profesionales de enfermería.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica de acceso libre, en español o inglés publicada entre 2017 y 2022.



Resultados: Los estudios seleccionados destacan los beneficios de la zona VG, sugiriendo que es más segura que la DG, debido al riesgo de daños por la proximidad a nervios y vasos sanguíneos de ésta última.

Por otra parte, destacan que el tejido subcutáneo de la zona es más fino, una mejor absorción de la medicación en la zona VG, y se sugiere que podría causar menos dolor y sangrado.

Se observó que los profesionales de enfermería elegían mayoritariamente la zona DG de acuerdo con su nivel de formación, la costumbre y el desconocimiento de la técnica de inyección VG.

Conclusiones: Gran parte del personal de enfermería no ha recibido formación ni conoce la técnica de administración vía ventroglútea, y por ello se sienten inseguras ante este procedimiento, con miedo a dañar al paciente.

De acuerdo con la evidencia científica se recomienda utilizar la zona VG, por su seguridad, disminución del dolor y mejor absorción, para ello es conveniente aumentar la formación de los profesionales de enfermería en la utilización de esta zona con el objetivo de actuar de acuerdo a las últimas evidencias disponibles.

Bibliografía: Fekonja U, Fekonja Z, Vrbnjak D. The assessment of knowledge and practical skills of intramuscular injection administration among nursing staff: a cross-sectional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2021;38(3).

Carmirol Rodríguez P, Solís Cordero K, Andrade Espinales J, Sanabria Barahona H. Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2016;(32).

Larkin T, Ashcroft E, Elgellaie A, Hickey B. Ventrogluteal versus dorsogluteal site selection: A cross-sectional study of muscle and subcutaneous fat thicknesses and an algorithm incorporating demographic and anthropometric data to predict injection outcome. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;71:1-7.

Resumen: Las inyecciones intramusculares pueden ocasionar efectos indeseables derivados de la técnica de administración.

El objetivo de este trabajo es revisar la utilización de la zona ventroglútea.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica en Scopus, Cinahl, Cuiden y Embase. Los 8 estudios seleccionados destacan los beneficios de la zona ventroglútea, sugiriendo que es más segura, podría causar menor sangrado y dolor que la dorsoglútea. La mayoría de enfermeras no utilizan la zona ventroglútea por desconocimiento e inseguridad en la técnica, se necesita aumentar la formación para actuar de acuerdo a la evidencia científica.

Palabras Clave: Inyecciones Intramusculares, Inyecciones, Enfermeros

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Uno de los procedimientos más utilizados por los profesionales de enfermería es la administración de medicamentos, siendo en concreto la vía intramuscular una de las más habituales, se calcula que esta técnica es utilizada entre 12 a 16 billones de veces al año. Se pueden administrar en la zona deltoidea, el vasto lateral externo, en la zona dorsoglútea (DG) y la ventroglútea (VG).

Este tipo de inyecciones pueden provocar efectos adversos (sangrados, dolor, lesiones de vasos sanguíneos o nervios, etc.) derivados de una mala praxis, especialmente en la zona dorsoglútea, donde se encuentran mayor número de vasos sanguíneos y nervios.

Objetivo:

Revisar la utilización de la zona ventroglútea en la administración de medicación por vía intramuscular por parte de los profesionales de enfermería.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre la administración de medicamentos intramusculares en la zona ventroglútea.

Se han consultado las bases de datos Scopus, Cinahl, Cuiden y Embase, los criterios de inclusión fueron artículos de acceso libre publicados entre 2017 y 2022 en español o inglés.

En total se encontraron 41 artículos, de los cuales tras una lectura del título y del resumen y desechar los duplicados y los que no eran relevantes para el objetivo de esta revisión se seleccionaron un total de 8.

Resultados:

Los estudios seleccionados destacan los beneficios de la zona VG, sugiriendo que es más segura que la DG, debido al riesgo de daños por la proximidad a nervios y vasos sanguíneos de ésta última.

Por otra parte, destacan que el tejido subcutáneo de la zona es más fino, una mejor absorción de la medicación en la zona VG, y se sugiere que podría causar menos dolor y sangrado.

Se observó que los profesionales de enfermería elegían mayoritariamente la zona DG de acuerdo con su nivel de formación, la costumbre y el desconocimiento de la técnica de inyección VG.

Conclusiones:

Gran parte del personal de enfermería no ha recibido formación ni conoce la técnica de administración vía ventroglútea, y por ello se sienten inseguras ante este procedimiento, con miedo a dañar al paciente.

De acuerdo con la evidencia científica se recomienda utilizar la zona VG, por su seguridad, disminución del dolor y mejor absorción, para ello es conveniente aumentar la formación de los profesionales de enfermería en la utilización de esta zona con el objetivo de actuar de acuerdo a las últimas evidencias disponibles.

Bibliografía

1.- Larkin T, Ashcroft E, Elgellaie A, Hickey B. Ventrogluteal versus dorsogluteal site selection: A cross-sectional study of muscle and subcutaneous fat thicknesses and an algorithm incorporating demographic and anthropometric data to predict injection outcome. *International Journal of Nursing Studies*. 2017

2.- Fekonja U, Fekonja Z, Vrbnjak D. The assessment of knowledge and practical skills of intramuscular injection administration among nursing staff: a cross-sectional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2021

3.- Carmiol Rodríguez P, Solís Cordero K, Andrade Espinales J, Sanabria Barahona H. Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2016;(32).

4.- Ayinde O, Hayward R, Ross J. The effect of intramuscular injection technique on injection associated pain; a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2021

5.- Nakajima Y, Fujii T, Mukai K, Ishida A, Kato M, Takahashi M et al. Anatomically safe sites for intramuscular injections: a cross-sectional study on young adults and cadavers with a focus on the thigh. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2019

Capítulo 4

¿Puede la violencia de género incrementar las complicaciones durante el posparto? Un estudio cuantitativo.

*Gómez Fernández, María Analía
Corral Vázquez, Osva
Parra Vega, Iris*

¿Puede la violencia de género incrementar las complicaciones durante el posparto?

Un estudio cuantitativo.

Gómez-Fernández, M.A. (PhD)¹; Corral-Vázquez O, Parra-Vega, I²
(1. Matrona, doctora en Enfermería; 2. Enfermero/a) SACYL

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada tres mujeres en todo el mundo está o ha estado expuesta a la violencia de género (VG). La VG, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían si ésta ocurre durante el embarazo, por la posibilidad de desencadenar complicaciones de la gestación, parto y posparto, tales como mayor riesgo de aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro o depresión posparto, entre otros, pudiendo tener, por tanto, repercusiones no solo en la madre, sino también en el recién nacido. Avanzar en el conocimiento de la violencia permite visibilizar el problema de salud, entender el fenómeno y desarrollar respuestas desde los centros sanitarios.

OBJETIVOS

Explorar la posibilidad de que la exposición a la VG durante el embarazo, se relacione con complicaciones del posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Sujetos de estudio: Gestantes que hablaban español y eran asistidas por matronas en dos centros de Atención Primaria de Barcelona. Se excluyeron las mujeres menores de edad o que no habían tenido pareja masculina en el último año. Variables: datos socio-gráficos, exposición o no a la violencia VG determinado por el cuestionario Index of Spouse Abuse (validado en español) y presencia o no de complicaciones del posparto. Las matronas pidieron a las mujeres que auto-cumplimentara el cuestionario ISA a solas durante las visitas de seguimiento del embarazo (previo consentimiento informado escrito). Para obtener los datos relacionados con el posparto, se realizó el seguimiento entre 2 y 6 meses después, accediendo a la Historia Clínica Informatizada. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente de los datos.

RESULTADOS

- Se valoró a 432 gestantes, a fin de determinar su elegibilidad: 381 cumplimentaron el cuestionario ISA. La media de edad es de 32 años. Existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica: el 48.03% (n=183) con estudios primarios (31.23%; n=119) o secundarios (49.87%; n=190). El 75.85% (n=289) de las mujeres presentan una situación laboral que les reporta ingresos, ya sea por trabajo activo, prestación por desempleo, baja laboral o pensión.
- El 8.92% de las mujeres están expuestas a la VG (n=34). El 7.35% a violencia psicológica y el 6.67% física. El 10.11% (n=36) presentaron alguna complicación en el posparto, siendo la infección por mastitis la más prevalente (3.93%; n=14).
- Según el análisis bivalente, existe un aumento de la prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el posparto entre las mujeres expuestas a la violencia física (p=0.024). En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa (p=0.508 y p=0.349, respectivamente).

N=381		
Alguna forma de violencia	No expuestas	347 (91.08%)
	Expuestas	34 (8.92%)
Violencia psicológica	No expuestas	353 (92.65%)
	Expuestas	28 (7.35%)
Violencia física	No expuestas	367 (96.33%)
	Expuestas	14 (3.67%)

CONCLUSIONES

Puesto que existe una elevada prevalencia de PP y graves consecuencias para la salud materna y especialmente neonatal, el personal de enfermería (en concreto las matronas) debe conocer los síntomas de sospecha de APP y actuar en consecuencia. Valorando el binomio madre-feto, apoyando emocionalmente a la gestante, realizando los cuidados oportunos tanto de monitorización fetal y materna, canalización de vía venosa, administración de medicación, toma de muestras y promoviendo hábitos saludables durante la gestación para minimizar los factores de riesgo que pueden desencadenar este problema de salud.

Bibliografía

- World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>.
- Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T, Sintayehu M. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;15;279:737-748. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.053.
- Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;28;8(7):e019995. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019995. PMID: 30056376; PMCID: PMC6067339.
- Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JJ, Glavin CEY, Humphreys DK. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. *Am J Public Health*. 2018;108(7):e1-e11. doi: 10.2105/AJPH.2018.304428.

Resumen: *El trabajo explora la posibilidad de que la exposición a la violencia de género (VG) durante el embarazo, se relacione con complicaciones del posparto, mediante un estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en dos centros de Atención Primaria de Barcelona. Se obtuvo una muestra de 381 gestantes, donde la exposición a la VG física aumentó de forma significativa el riesgo de complicaciones del posparto. Por ello, la detección precoz de la VG durante el embarazo, es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informarles sobre los recursos ayuda.*

Palabras Clave: - *Violencia de género, Mujeres embarazadas, Periodo posparto*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada tres mujeres en todo el mundo está o ha estado expuesta a la violencia de género (VG). La VG, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían si ésta ocurre durante el embarazo, por la posibilidad de desencadenar complicaciones de la gestación, parto y posparto, tales como mayor riesgo de aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro o depresión posparto, entre otros, pudiendo tener, por tanto, repercusiones no solo en la madre, sino también en el recién nacido. Avanzar en el conocimiento de la violencia permite visibilizar el problema de salud, entender el fenómeno y desarrollar respuestas desde los centros sanitarios.

Objetivo:

Explorar la posibilidad de que la exposición a la VG durante el embarazo, se relacione con complicaciones del posparto.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Los sujetos de estudio fueron las gestantes que hablaban español y eran asistidas por matronas en dos centros de Atención Primaria de Barcelona. Se excluyeron las mujeres menores de edad o que no habían tenido pareja masculina en el último año. Las variables fueron exposición o no a la violencia VG psicológica, física y cualquier forma de VG (incluye VG psicológica o física) determinado por el cuestionario Index of Spouse Abuse (validado en español) y presencia o no de complicaciones del posparto (depresión puerperal, infección por mastitis, de la sutura, urinaria o uterina, hemorragia, otros) según diagnóstico empírico o analítico. Conjuntamente se recogieron datos socio-gráficos con el objetivo de describir la muestra.

La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018. Previamente se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129). La técnica de muestreo fue no probabilístico accidental. Las matronas pidieron a las mujeres que autocumplimentara el cuestionario ISA a solas en formato impreso durante las visitas de seguimiento

del embarazo (previo consentimiento informado escrito). Para obtener los datos relacionados con el posparto, se realizó el seguimiento entre 2 y 6 meses después, accediendo a la Historia Clínica Informatizada. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y las categóricas se expresaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para la comparación entre grupos, se utilizó el test exacto de Fisher.

Resultados:

Se valoró a 432 gestantes, a fin de determinar su elegibilidad: 51 fueron excluidas (45 por no cumplir criterio de inclusión y 6 por negarse a participar), cumplimentando el cuestionario ISA un total de 381 mujeres. Se produjeron 8 pérdidas durante el seguimiento. Finalmente 373 casos de gestantes fueron analizados.

La media de edad entre las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA (n=381) es de 32 años. Existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica: el 48.03% (n=183). Predominan las mujeres que tienen estudios primarios (31.23%; n=119) o secundarios (49.87%; n=190). El 75.85% (n=289) de las mujeres presentan una situación laboral que les reporta ingresos, ya sea por trabajo activo, prestación por desempleo, baja laboral o pensión. En consideración a la exposición a la VG, el 8.92% de las mujeres están expuestas a la VG (n=34). El 7.35% a violencia psicológica y el 6.67% física. De las 373 mujeres que se pudo averiguar si tuvieron alguna complicación durante el posparto, el 10.11% (n=36) sí presentaron alguna complicación, siendo la infección por mastitis la más prevalente (3.93%; n=14). Según el análisis bivariable, existe un aumento de la prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el posparto entre las mujeres expuestas a la violencia física (p=0.024). En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa (p=0.508 y p=0.349, respectivamente).

Conclusiones:

La exposición a la VG aumenta el riesgo de complicaciones en el posparto. Por lo tanto, la detección precoz de la violencia de género durante el embarazo, es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informarles sobre los recursos de ayuda para que ello pueda tener un impacto positivo en su salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

1.- World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

2.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

3.- Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T, Sintayehu M. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;15;279:737-748. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.053.

4.- Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;28;8(7):e019995. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019995. PMID: 30056376; PMCID: PMC6067339.

5.- Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, Humphreys DK. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies. *Am J Public Health*. 2018;108(7):e1-e11. doi: 10.2105/AJPH.2018.304428.

Capítulo 5

¿Que actitudes tienen los Universitarios frente las ITS?

*Montes Mansilla, Marta
Rodríguez Montero, Ángel Antonio
Plaza Campos, Beatriz
Velázquez Peña, Manuel Jesús
Muñoz Quirós Rodríguez Manzaneque, Laura*

¿QUÉ ACTITUDES TIENEN LOS UNIVERSITARIOS FRENTE A LAS ITS?



Montes Mansilla, M., Rodríguez Montero, A., Plaza Campos, B., Velázquez Peña, M., Muñoz Quirós Rodríguez Manzanque, L.

INTRODUCCIÓN

“La sexualidad se define como un aspecto principal para el ser humano a lo largo de la vida”; En los últimos años, ha habido un interés creciente la sexualidad. La consideración se debe a la carencia de percepción de la población joven de los peligros y la insuficiente programación educativa sobre temas sexuales. Además los servicios de salud pierden importancia como fuente de información y en su lugar lo reciben los medios de comunicación con las redes sociales e internet.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son en su mayoría asintomáticas o solo van acompañadas de síntomas leves que no necesariamente permiten un diagnóstico certero y además si no se aplica un adecuado tratamiento se producen complicaciones. Es importante, tener en cuenta que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual.

OBJETIVOS

Determinar el grado de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

Analizar las actitudes de las infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo sobre los estudiantes del Grado de Enfermería y del Grado de Historia matriculados en el curso 2016/2017 en las facultades de la Universidad de Castilla La Mancha de Ciudad Real.

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un cuestionario ad hoc que se llevo a cabo de forma informatizada para que fuera mas íntimo para los participantes. Y por último se utilizo SPSS.

RESULTADOS Y DISCURSIÓN

La muestra está compuesta por 93 estudiantes universitarios. Un porcentaje minoritario obtuvo que no utilizaron ningún método, pero mantuvieron relaciones igualmente, según gráfico 1. Lo interesante de todos estos datos es que da una visión general como está la situación actual entre los universitarios encuestados.

Los resultados han sido similares a otros estudios, según gráfico 2 hay que tener cuidado con estos datos, entre lo que creen saber y lo que realmente saben, induce a una menor percepción del riesgo y una actitud preventiva errónea. El motivo del estudio fue la encuesta desarrollada para al final demostrar que realmente no están bien informados o asumen los riesgos sin ningún problema.

En relación con este tema hace falta resaltar las relaciones sexuales de riesgo, es decir no utilizaron ningún método anticonceptivo según gráfico 3. Por lo tanto, hay que tener gran cuidado con estos factores ya que pueden dar lugar a ITS o incluso embarazos no deseados. Un detalle importante es que incluso deciden tener relaciones sin anticonceptivos aun siendo conscientes del riesgo de las ITS, según se vio en alguna opinión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016.
2. Rodríguez M, Muñoz R, Sánchez I. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de grado en educación infantil y primaria de la Universidad de Jaén. *Rev electrónica Trimest enfermería*. 2016;6(1):148-73.
3. Libalío Rodríguez De Avila, Johanna Bocanegra Sandoval, Edilberto Maestro Oñate SLG. Attitudes about opinions and practices in students of birth control a faculty of humanities in Santa Marta. *Quinary Rev Int Ciencias Salud*. 2017;14(1):29-34.
4. A. Bñ. Estilo de vida de los adolescentes y jóvenes y el impacto de la enfermería 2016 [Internet]. Universidad de Cantabria; 2016.
5. Garc O, Centro P. Risky sexual behaviour in Spanish adolescents Cuidados. 2014;2:38-61.

CONCLUSIONES

Podemos concluir, que las actitudes no son las adecuadas para garantizar la prevención de ITS.

Respecto al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos requiere no solamente de conocer elementos técnicos, sino llevarlos a la práctica en el autocuidado. Hay estudiantes que mantienen relaciones de riesgo, es decir, no utilizan ningún método anticonceptivo, por lo que conlleva un alto riesgo de embarazos o incluso ITS e incluso llegando a asumirlo por otro lado.

Una de las actividades que se debe tener en cuenta es realizar acciones educativas para la población relacionadas con la sexualidad, la planificación familiar y prevenir las ITS.

Queda mucho trabajo por realizar en la educación sexual si queremos cambiar la situación debemos hacerlo empleando estrategias educativas de promoción y prevención que permitan disminuir los valores de esta problemática a nivel general, se podrían usar webs fiables de consultas o averiguar el método más adecuado; deberíamos aprovechar positivamente el crecimiento de las fuentes de información con respecto a internet.



Gráfico 1. Porcentajes según actividades sexuales de riesgo

¿Crees que tienes una educación adecuada sobre ITS?

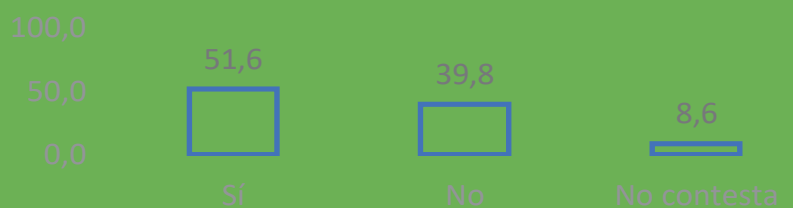


Gráfico 2. Distribución del conocimiento de los universitarios sobre las infecciones de transmisión

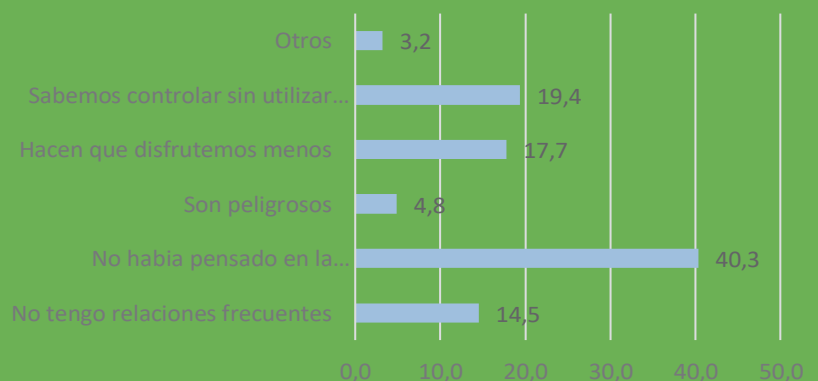


Gráfico 3. Distribución de los universitarios según las causas por las que mantienen relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos.

Resumen: Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Por ello, el objetivo del estudio es analizar las actitudes de las infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería de la facultad de Ciudad Real.

Metodología: La metodología utilizada ha sido un estudio descriptivo con un cuestionario ad hoc.

Resultados y Discusión: La muestra está compuesta por 93 estudiantes universitarios. También se destaca la importancia de mantener relaciones seguras y que no siempre son así.

Conclusión: Podemos concluir, que las actitudes no son las adecuadas para garantizar la prevención de ITS.

Palabras Clave: - Enfermedades de transmisión sexual, Conocimiento, Anticonceptivos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

“La sexualidad se define como un aspecto principal para el ser humano a lo largo de la vida”; En los últimos años, ha habido un interés creciente la sexualidad. La consideración se debe a la carencia de percepción de la población joven de los peligros y la insuficiente programación educativa sobre temas sexuales. Además los servicios de salud pierden importancia como fuente de información y en su lugar lo reciben los medios de comunicación con las redes sociales e internet.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son en su mayoría asintomáticas o solo van acompañadas de síntomas leves que no necesariamente permiten un diagnóstico certero y además si no se aplica un adecuado tratamiento se producen complicaciones. Es importante, tener en cuenta que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual.

Objetivo:

Determinar el grado de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

Analizar las actitudes de las infecciones de transmisión sexual que tienen los estudiantes de Historia y Enfermería.

Material y Método:

La metodología utilizada ha sido un estudio descriptivo sobre los estudiantes del Grado de Enfermería y del Grado de Historia matriculados en el curso 2016/2017 en las facultades de la Universidad de Castilla La Mancha de Ciudad Real. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un cuestionario ad hoc que se llevó a cabo de forma informatizada para que fuera más íntimo para los participantes. Y por último se utilizó SPSS.

Resultados:

La muestra está compuesta por 93 estudiantes universitarios, un 87% es femenino y masculino un 13%; de todos los universitarios son de enfermería un 74% y de historia un 26 %. Existe un porcentaje de 87% que mantiene relaciones sexuales y de los cuales un 85,2 % es femenino, y en ese caso que además utilizan métodos anticonceptivos un 78,3%. Un porcentaje minoritario obtuvo que no utilizaron ningún método, pero mantuvieron relaciones igualmente. Un pequeño número de entrevistados sugirió que suelen mantener relaciones un par de días antes y después de la menstruación para evitar el embarazo. Otro caso fue que toman anticonceptivos y no utilizan preservativos, aunque son conscientes del riesgo de las ITS y de la posibilidad de embarazo. Lo interesante de todos estos datos es que da una visión general como está la situación actual entre los universitarios encuestados.

Discusión:

Los resultados han sido similares a otros estudios, en este caso se obtuvo un 51,6% que creen que están bien informados respecto a las ITS pero hay que tener cuidado con estos datos, entre lo que creen saber y lo que realmente saben, induce a una menor percepción del riesgo y una actitud preventiva errónea. El motivo del estudio fue la encuesta desarrollada para al final demostrar que realmente no están bien informados o asumen los riesgos sin ningún problema.

En relación con este tema hace falta resaltar las relaciones sexuales de riesgo, es decir no utilizaron ningún método anticonceptivo, en cuanto a la mayoría coincidían en que no habían pensado en la posibilidad de tenerlas otros creen que hacen que disfruten menos, por otro lado, piensan que pueden controlar sin anticonceptivos y algunos opinan que son peligrosas a pesar de mantenerlas, pero son una minoría. Por lo tanto, hay que tener gran cuidado con estos factores ya que pueden dar lugar a ITS o incluso embarazos no deseados. Un detalle importante es que incluso deciden tener relaciones sin anticonceptivos aun siendo conscientes del riesgo de las ITS, según se vio en alguna opinión.

Una limitación importante es que la muestra es pequeña por lo que no es representativa en la totalidad de los estudiantes o estudios de la universidad. Además, se obtuvo falta de participación dado el carácter voluntario de la misma.

Las implicaciones más importantes son estrategias de salud sexual con respecto a los profesionales de la salud, y específicamente los de enfermería, les corresponde mayor protagonismo en los riesgos para salud.

Conclusión:

Podemos concluir, que las actitudes no son las adecuadas para garantizar la prevención de ITS. Respecto al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos requiere no solamente de conocer elementos técnicos, sino llevarlos a la práctica en el autocuidado. Hay estudiantes que mantienen relaciones de riesgo, es decir, no utilizan ningún método anticonceptivo, por lo que conlleva un alto riesgo de ITS o incluso embarazos.

Una de las actividades que se debe tener en cuenta es realizar acciones educativas para la población relacionadas con la sexualidad, la planificación familiar y prevenir las ITS. Queda mucho trabajo por realizar en la educación sexual si queremos cambiar la situación debemos hacerlo empleando estrategias educativas de promoción y prevención que permitan disminuir los valores de esta problemática a nivel general, se podrían usar webs fiables de consultas o averiguar el método

más adecuado; deberíamos aprovechar positivamente el crecimiento de las fuentes de información con respecto a internet.

Bibliografía

1.- Organización Mundial de la Salud. OMS. Infecciones de transmisión sexual [Internet] WHO. World Health Organization; 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es#content>

2.- Rodríguez M, Muñoz R, Sánchez I. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de grado en educación infantil y primaria de la Universidad de Jaén. Rev electrónica Trimest enfermería. 2016;(41):164–73.

3.- Ubaldo Rodríguez De Ávila, Johanna Bocanegra Sandoval, Edilberto Maestre Oñate SLG. Attitudes about opinions and practices in students of birth control a faculty of humanities in Santa Marta. Duazary Rev Int Ciencias la Salud. 2017;14(1):25–34.

4.- A. BH. Estilo de vida de los adolescentes y jóvenes y el impacto de la enfermería 2016 [Internet]. Universidad de Cantabria; 2016. Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8915/Bedia_Herrero_A..pdf?sequence=1&isAllowed=y

5.- Garc D, Centro P. Risky sexual behaviour in Spanish adolescents Cuidados. 2014;2:38–61.

Capítulo 6

¿Responsabilidad de la población de Castilla La Mancha al Vacunarse de la Gripe o miedo a enfermar de gravedad en tiempos de Pandemia por SARS–CoV–2?

*Ramos Dorado, María de los Ángeles
Montiel López, María Magdalena
Peña Cárdenas, Ana María*



¿RESPONSABILIDAD DE LA POBLACIÓN DE CASTILLA LA MANCHA AL VACUNARSE DE LA GRIPE O MIEDO A ENFERMAR DE GRAVEDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR SARS-CoV-2?

Ramos Dorado, M^a. Ángeles; Montiel López, M^a. Magdalena; Peña Cárdenas, Ana M^a.

INTRODUCCIÓN

Anualmente, durante los meses de octubre e inicio del invierno, el personal sanitario realiza un gran esfuerzo de captación y educación sanitaria con la población castellano-manchega, en cuanto a lo beneficioso de vacunarse frente a la gripe. Desde el SESCAM, en estos últimos años de pandemia por coronavirus y debido al efecto sinérgico observado entre el virus de la gripe y el SARS-CoV-2, multiplicando por dos el riesgo de muerte en caso de coinfección, también se ha realizado un énfasis especial en aumentar las coberturas de vacunación frente a la gripe, abarcando a personal sanitario y sociosanitario, personas mayores preferentemente a partir de 65 años y personas de cualquier edad que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe, es decir, personas más vulnerables.

OBJETIVO

Conocer el crecimiento y decrecimiento de la población castellano-manchego/a vacunados/as de la gripe en los años anteriores a la pandemia por SARS-Co-2, con respecto a la vacunada en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y METODOS

La búsqueda de información se ha realizado utilizando como ayuda las bases de datos: INTRANET.SESCAM, MINISTERIO SANIDAD Y SANIDAD CASTILLA LA MANCHA. **Palabras Clave:** vacuna antigripal, población, pandemia por SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.sanidad.gob.es/campanas2/1-gripeYoMeVacuno.htm>
- <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/protege-tu-salud/frente-la-gripe-protegete>
- <https://intranet.sescam.jclm.es/dg-de-cuidados-y-calidad/campana-vacunacion-gripe-2021-2022>

RESULTADOS

En Castilla La Mancha, en los años anteriores a la pandemia por SARS-Co-V-2 y partiendo como referencia desde 2014 a 2021, se observan cifras de población vacunada de la gripe en continuo crecimiento y decrecimiento. De 2014 a 2016 se observa un aumento levemente creciente de la población vacunada de 10.411 habitantes. De 2016 a 2018, observamos que sólo aumento la cifra de vacunados en 4698 habitantes. De 2018 a 2020 es donde se aprecia un aumento más significativo de vacunados de la gripe, cuya cifra aumento en 12.857 habitantes. Pero es a raíz de declararse la pandemia por COVID19 el 11 marzo de 2020, donde se observa claramente el aumento desorbitado de la población vacunada durante la campaña antigripal de 2020 a 2021, donde aumento el número de habitantes vacunados en 171.290 habitantes (+34,48% sobre los % anteriores).

CAMPAÑA	< 14 AÑOS	14 - 64 AÑOS	≥ 65 AÑOS	TOTALES
CIERRE 2020-2021	23.736	186.900	286.097	496.733
CIERRE 2019-2020	11.618	98.835	214.990	325.443
CIERRE 2018-2019	9.583	85.408	217.595	312.586
CIERRE 2017-2018	9.394	83.662	206.935	299.991
CIERRE 2016-2017	9.853	83.833	211.003	304.689
CIERRE 2015-2016	10.299	84.402	217.472	312.173
CIERRE 2014-2015	9.548	79.505	212.709	301.762

CONCLUSIONES

La vacunación antigripal en Castilla La Mancha ve aumentado su porcentaje de manera desmesurada en tiempos de pandemia por el virus SARS-CoV-2. Se deduce que este aumento puede ser debido al miedo de la población a enfermarse de gripe y el riesgo de muerte en el caso de coinfección con el virus SARS-CoV-2. Este crecimiento tan elevado de población vacunada en 2020-21 también es debido, a la información y educación sanitaria proporcionada a dicha población desde Atención Primaria por los profesionales sanitarios mediante la captación activa, de manera presencial en las consultas o vía telefónica durante la campaña antigripal, con el propósito de conseguir una mayor concienciación de la comunidad en cuanto a lo beneficioso de vacunarse contra la gripe y así disminuir los riesgos o complicaciones que pudiesen presentarse en los habitantes si enfermasen de gripe.

Resumen: La vacunación antigripal en Castilla La Mancha tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Anualmente, durante los meses de octubre e inicio del invierno, el personal sanitario realiza un gran esfuerzo de captación y educación sanitaria con la población castellano-manchega, en cuanto a lo beneficioso de vacunarse frente a la gripe, siendo en los años de pandemia dónde los porcentajes de población vacunada de gripe han sido mucho más elevados.

Palabras Clave: Vacuna, Población, Pandemia SARS-CoV-2.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Toda inmunización es beneficiosa para la población en general y especialmente, para los grupos de población más vulnerables. Con la campaña anual de vacunación antigripal en Castilla La Mancha, se pretende proteger a la población correctamente contra los diferentes virus causantes de la gripe, que pueden afectar de una forma más grave a la población con un sistema inmunitario más indefenso y sobre todo, afectará en mayor medida a las personas con antecedentes de patologías respiratorias y a la población más vulnerable. Por tanto, el objetivo principal de la Campaña de Vacunación Antigripal es reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Desde el Sescam, como consecuencia de la llegada imprevista del virus SARS-CoV-2 en marzo del 2020 y del efecto sinérgico observado entre dicho virus y el virus de la gripe, multiplicando por dos el riesgo de muerte en caso de coinfección, se ha realizado un énfasis especial en aumentar las coberturas de vacunación frente a la gripe, abarcando a:

- Personas mayores, preferiblemente a partir de 65 años y aquellas que conviven en instituciones cerradas,
- Personas de menos de 65 años que presentan alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe: menores (a partir de 6 meses), diabéticos, inmunodeprimidos, personas con cáncer, con enfermedad renal o hepática crónica, celíacos, síndrome de Down, etc...
- Personas que pueden transmitir la gripe como son las personas que trabajan en instituciones geriátricas, personas de ayuda a domicilio a pacientes de alto riesgo o mayores, estudiantes en práctica en centros sanitarios y sociosanitarios.
- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales como bomberos, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, personal instituciones penitenciarias y aquellos que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.

Objetivo:

Con este trabajo se pretende conocer si el aumento de cobertura ha llevado a la población a reaccionar de manera positiva, consciente y responsable a la vacunación antigripal o el motivo que les impulso a vacunarse es el miedo a enfermar de gravedad en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2, al aumentarse por dos el riesgo de muerte en caso de coinfección por ambos virus. Por consiguiente, ambas premisas nos llevaron a plantear como objetivo principal el conocer el

crecimiento y decrecimiento de la población castellanomanchego/a vacunados/as de la gripe en los años anteriores a la pandemia por SARS-CoV-2, con respecto a la vacunada en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2.

Material y Método:

Para realizarlo, se tomaron como ayuda diferentes bases de datos.

Resultados:

Los resultados muestran que en Castilla La Mancha, en los años anteriores a la pandemia por COVID19 y partiendo como referencia desde 2014 a 2021, las cifras de población vacunada de la gripe presentan un continuo crecimiento y decrecimiento. Desde 2014 a 2016 se observa un aumento levemente creciente de unos 10.411 habitantes más vacunados con una diferencia del 2,09% entre años (60,34% y 62,43%), sufriendo un leve descenso de personas vacunadas cuya cifra fue de 4698 habitantes desde 2016 a 2018 con una diferencia del 0,94% (60,93% y 59,99%), continuando de 2018 a 2020 con un aumento más significativo de población vacunada de 12.857 habitantes, existiendo una diferencia del 2,57% más de vacunados (62,51% y 65,08%). Pero es a raíz de declararse la pandemia por SARS-CoV-2 el 11 marzo de 2020, donde se observa claramente que el aumento desorbitado de la población vacunada se produce durante la campaña antigripal de 2020 a 2021 con una cifra de 171.290 habitantes vacunados, aumentando el porcentaje en un 34,48% más de vacunados sobre los porcentajes de años anteriores.

Conclusiones:

En consecuencia, se procede a pensar en las conclusiones que han podido llevar al aumento tan elevado en la cifra de población vacunada de la gripe en Castilla La Mancha en tiempos de pandemia por el virus SARS-CoV-2 con respecto a las cifras más bajas de vacunados en los años antes de la pandemia. Se deduce que este aumento puede ser debido al miedo de la población a enfermarse de gripe y el riesgo de muerte en el caso de coinfección con el virus SARS-CoV-2. Este crecimiento tan elevado de población vacunada en 2020-21 puede ser debido a la información sobre la Campaña de la Gripe presentada a través de los medios de comunicación e indudablemente, del trabajo realizado de información y educación sanitaria proporcionada a dicha población desde Atención Primaria por los profesionales sanitarios mediante la captación activa, de manera presencial en las consultas o vía telefónica durante la campaña antigripal, con el propósito de conseguir una mayor concienciación de la comunidad en cuanto a lo beneficioso de vacunarse contra la gripe y así disminuir los riesgos o complicaciones que pudiesen presentarse en los habitantes si enfermasen de gripe, con la consiguiente reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

- 1.- <https://www.sanidad.gob.es/campañas21-gripeYoMeVacuno.htm>
- 2.- <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/protege-tu-salud/frente-la-gripe-protegete>
- 3.- <https://intranet.sescam.jclm.es/dg-de-cuidados-y-calidad/campana-vacunación-gripe-2021-2022>

Capítulo 7

¿Suero Salino o Heparina Sódica? Revisión sobre su uso en Catéteres Periféricos.

*Mora Muñoz, Eduardo
Olmo Trujillo, Coral
Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia*

¿SUERO SALINO O HEPARINA SÓDICA? REVISIÓN SOBRE SU USO EN CATÉTERES PERIFÉRICOS

Autores: Eduardo Mora Muñoz, Coral Olmo Trujillo, Sonia Sánchez-Izquierdo Castellanos

INTRODUCCIÓN

Para administrar, líquidos, electrolitos y fármacos por vía intravenosa (IV) se considera que la terapia más rápida y efectiva, en el medio hospitalario, es la colocación de catéteres venosos periféricos (CVP). El personal de enfermería es el encargado de esta tarea, así como su mantenimiento y retirada. Por ello se nos pueden presentar varias disyuntiva sobre su manejo. Cuando finalizamos una perfusión de algún medicamento a un paciente, nos podemos encontrar la duda de usar suero salino o heparina sódica para la limpieza de vías venosas periféricas (VVP). Es una incertidumbre que surge en el día a día de nuestra práctica enfermera, y para conseguir despejarla nos hace discurrir e investigar todos los detalles. El fin último es lograr un conocimiento común sobre este tema, y así poder prestar la máxima calidad asistencial a nuestros pacientes. La revisión bibliográfica sobre este tema surge de esa necesidad de distinguir el uso de suero salino o dilución de heparina para limpiar el CVP.

OBJETIVOS

- Discernir entre el uso de suero salino o suero fisiológico (SF) y la dilución de heparina para la limpieza de CVP en diferentes situaciones clínicas.
- Reconocer los pros y contras del uso de suero fisiológico.
- Reconocer los pros y contras del uso de una dilución de heparina.
- Difundir la materia a tratar a profesionales de enfermería y poder así lograr una calidad asistencial.



METODOLOGÍA

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica, ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos. Las bases de datos usadas han sido: Scielo, Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. A su vez se ha utilizado la plataforma GuíaSalud.com (versión web), para la búsqueda y consulta de GPC de España sobre catéter urinarios. Para el uso de referencias bibliográficas, se usa Zotero y Mendeley como gestores bibliográficos. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos. Hay algunos documentos en portugués, pero ante el desconocimiento del idioma, se descartaron, para evitar errores de traducción.

RESULTADOS

En nuestro día a día se puede dudar sobre el uso de heparina sódica diluida (*Fibrilin*(®)) o una solución de suero salino para limpiar y/permeabilizar una vía venosa periférica. Si nos ceñimos al conocimiento empírico basado en estudios y/o ensayos clínicos nos podemos encontrar diversas respuestas a nuestra pregunta. Tras consultar varias revisiones sistemáticas, como las de Mitchell, MD et al y Dos Santos, E.J.F et al, aclaran que no hay diferencias significativas entre usar suero fisiológico o heparina sódica para la limpieza de catéteres venosos, previniendo los riesgos asociados con la administración de la heparina. Un estudio realizado por Bertolino, G et al, demostró igualdad de eficacia entre la heparina (10 UI/ml 5ml) y la solución de suero fisiológico para la permeabilidad de las vías periféricas. De hecho, la RNAO en su GUIA DE BUENAS PRACTICAS: ACCESO VASCULAR (2021) comenta el uso de salinización intermitente de solución salina al 0,9% para mantenimiento de permeabilidad.

La bibliografía consultada se centra más en delimitar las contraindicaciones o limitaciones del uso de heparina sódica. Hay una incompatibilidad o interacción con numerosos fármacos (Bertoglio et al), así como la no recomendación del uso de heparina para el catéter que se usa para nutrición parenteral (Cuerda, C et al). Otra desventaja que puede surgir es por la composición de heparina sódica, debido a que puede contener sulfitos en algunas de sus formas farmacéuticas y por ello provocar reacciones alérgicas a pacientes con hipersensibilidad a los sulfitos (Mendarte L et al). Otro riesgo a tener en cuenta es el uso de heparina en pacientes anticoagulados. Otra desventaja desde el punto de vista de gestión de recursos, es el mayor coste de la heparina sódica con respecto al suero salino (Mendarte L et al).

Con todo lo expuesto anteriormente, podríamos descartar el uso de heparina, pero hay casos donde la heparina sería la primera opción de uso; un ejemplo es el uso exclusivo de obtención de muestra sanguínea de la vía venosa, donde se debe usar heparina sódica. La GPC Terapia Intravenosa en dispositivos no Permanente en Adultos, y las recomendaciones de Joanna Bridgge aportan esta indicación con un grado recomendación B.



CONCLUSIONES

Tras el trabajo de investigación realizado, podemos concluir que no hay grandes diferencias en el uso de solución salina que en el uso de heparina. Usar suero salino tiene una relevancia sobre el coste-beneficio, evita las interacciones con fármacos y nutrición parenteral y no provoca reacciones de hipersensibilidad ni alteraciones de la coagulabilidad en el paciente; sin embargo, no concluyen de forma explícita sobre la eficacia comparativa de los mismos, debido a que hay que centrarse en pacientes concretos o en usos muy concretos. A día de hoy sigue siendo un tema de controversia, siendo la elección de un método u otro, por parte del profesional.

Resumen: Cuando finalizamos una perfusión de algún medicamento a un paciente, nos podemos encontrar la duda de usar suero salino o heparina sódica para la limpieza de vías venosas periféricas (VVP). Es una duda, que surge el día a día de nuestra práctica enfermera, y para conseguir despejarla, nos hace discurrir e investigar para lograr un conocimiento común sobre este tema y poder prestar la máxima calidad asistencial a nuestros pacientes.

Palabras Clave: Suero, Cuidados de Enfermería, Heparina

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Para administrar, líquidos, electrolitos y fármacos por vía intravenosa (IV) se considera que la terapia más rápida y efectiva, en el medio hospitalario, es la colocación de catéteres venosos periféricos (CVP). El personal de enfermería es el encargado de esta tarea, así como su mantenimiento y retirada. Por ello se nos pueden presentar varias disyuntivas sobre su manejo.

Cuando finalizamos una perfusión de algún medicamento a un paciente, nos podemos encontrar la duda de usar suero salino o heparina sódica para la limpieza de vías venosas periféricas (VVP). Es una incertidumbre que surge en el día a día de nuestra práctica enfermera, y para conseguir despejarla nos hace discurrir e investigar todos los detalles. El fin último es lograr un conocimiento común sobre este tema, y así poder prestar la máxima calidad asistencial a nuestros pacientes. La revisión bibliográfica sobre este tema surge de esa necesidad de distinguir el uso de suero salino o dilución de heparina para limpiar el CVP.

Objetivo:

- Discernir entre el uso de Suero Salino o Suero Fisiológico y la Dilución de Heparina para la limpieza de CVP en diferentes situaciones clínicas.
- Reconocer los pros y contras del uso de suero fisiológico.
- Reconocer los pros y contras del uso de una dilución de heparina.
- Difundir la materia a tratar a profesionales de enfermería y poder así lograr una calidad asistencial.

Material y Método:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica, ensayos clínicos, así como la consulta de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos. Las bases de datos usadas han sido: Scielo, Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, y portales bibliográficos como Dialnet o Revista Science Direct. A su vez se ha utilizado la plataforma GuiaSalud.com (versión web), para la búsqueda y consulta de GPC de España sobre catéter urinarios.

Para el uso de referencias bibliográficas, se usa Zotero y Mendeley como gestores bibliográficos. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos. Hay algunos

documentos en portugués, pero ante el desconocimiento del idioma, se descartaron, para evitar errores de traducción.

PALABRAS CLAVE: “Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante”, “métodos de alimentación”, “alimentación del niño”

OPERADORES BOLEANOS: “AND” y “OR”

DESCRIPTORES: Heparina (Heparin), Suero (Serum), Solución Salina (Saline Solution), Obstrucción del Catéter (Catheter Obstruction), Cloruro Sódico (Sodium Chloride)

Resultados:

En nuestro día a día se puede dudar sobre el uso de heparina sódica diluida (Fibrilin®) o una solución de suero salino para limpiar y/permeabilizar una vía venosa periférica. Si nos ceñimos al conocimiento empírico basado en estudios y/o ensayos clínicos nos podemos encontrar diversas respuestas a nuestra pregunta.

Tras consultar varias revisiones sistemáticas, como las de Mitchell, MD et al (1) y Dos Santos, E.J.F et al (3), aclaran que no hay diferencias significativas entre usar suero fisiológico o heparina sódica para la limpieza de catéteres venosos, previniendo los riesgos asociados con la administración de la heparina. Un estudio realizado por Bertolino, G et al (1), demostró igualdad de eficacia entre la heparina (10 UI/ml 5ml) y la solución de suero fisiológico para la permeabilidad de las vías periféricas. De hecho, la RNAO en su GUIA DE BUENAS PRACTICAS: ACCESO VASCULAR (2021) comenta el uso de salinización intermitente de solución salina al 0,9% para mantenimiento de permeabilidad.

La bibliografía consultada se centra más en delimitar las contraindicaciones o limitaciones del uso de heparina sódica. Hay una incompatibilidad o interacción con numerosos fármacos (Bertoglio et al (1)), así como la no recomendación del uso de heparina para el catéter que se usa para nutrición parenteral (Cuerda, C et al (2)). Otra desventaja que puede surgir es por la composición de heparina sódica, debido a que puede contener sulfitos en algunas de sus formas farmacéuticas y por ello provocar reacciones alérgicas a pacientes con hipersensibilidad a los sulfitos (Mendarte, L et al (5)). Otro riesgo a tener en cuenta es el uso de heparina en pacientes anticoagulados. Otra desventaja desde el punto de vista de gestión de recursos, es el mayor coste de la heparina sódica con respecto al suero salino (Mendarte, L et al (5)).

Con todo lo expuesto anteriormente, podríamos descartar el uso de heparina, pero hay casos donde la heparina sería la primera opción de uso; un ejemplo es el uso exclusivo de obtención de muestra sanguínea de la vía venosa, donde se debe usar heparina sódica (grado recomendación B)

Conclusiones:

Tras el trabajo de investigación realizado, podemos concluir que no hay grandes diferencias en el uso de solución salina que en el uso de heparina. Usar suero salino tiene una relevancia sobre el coste-beneficio, evita las interacciones con fármacos y nutrición parenteral y no provoca reacciones de hipersensibilidad ni alteraciones de la coagulabilidad en el paciente; sin embargo, no concluyen de forma explícita sobre la eficacia comparativa de los mismos, debido a que hay que centrarse en pacientes concretos o en usos muy concretos. A día de hoy sigue siendo un tema de controversia, siendo la elección de un método u otro, por parte del profesional.

Bibliografía

1. Bertolino G, Pitassi A, Tinelli C, Staniscia A, Guglielmana B, Scudeller L, et al. Intermittent flushing with heparin versus saline for maintenance of peripheral intravenous catheters in a medical department: a pragmatic cluster-randomized controlled study. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2012;9(4):221–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00244.x>
2. Cuerda C, Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Gillanders L, Jeppesen PB, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in chronic intestinal failure. *Clin Nutr* [Internet]. 2021;40(9):5196–220. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2021.07.002>
3. Santos EJFD, Nunes MMJC, Cardoso DFB, Apóstolo JLA, Queirós PJP, Rodrigues MA. Effectiveness of heparin versus 0.9% saline solution in maintaining the permeability of central venous catheters: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015;49(6):999–1007. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600017>
4. Mitchell MD, Anderson BJ, Williams K, Umscheid CA. Heparin flushing and other interventions to maintain patency of central venous catheters: a systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009;65(10):2007–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05103.x>
5. Mendarte L, Aguas M, Pons M, T. M. (2011). Utilización de heparina sódica versus suero fisiológico en la permeabilización. *Farm Hosp*, 21(4), 222–226. Visto el 30 de mayo de 2022 en: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n4/222_226.PDF

Capítulo 8

¿Sulfadiazina Argéntica en las Quemaduras? una Revisión Bibliográfica.

Ortega Romero, M^a Isabel.

Pineda Cantero, M^a José

Cervantes Torres, Laura

Alañón Varón, Francisco Salvador

Arévalo Frutos, Isabel M^a

Leal Rico, M^a Isabel

¿SULFADIAZINA ARGÉNTICA EN LAS QUEMADURAS? UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autores: Ortega Romero M^a Isabel, Pineda Cantero M^a José, Cervantes Torres Laura, Alañón Varón Francisco S, Arévalo Frutos Isabel M^a, Leal Rico M^a Isabel.

INTRODUCCIÓN

Una quemadura es definida como una lesión del tejido orgánico resultado de un traumatismo de origen térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Inmediatamente después del daño, la superficie de la lesión se podría considerar estéril pero rápidamente es colonizada por microorganismos. Los objetivos del cuidado de una quemadura son la eliminación del tejido desvitalizado, el control del dolor, la prevención de la infección y la curación de la lesión. Durante las curas de las quemaduras son frecuentemente empleados productos que contienen plata debido a su poder antimicrobiano, encontrando entre ellos la sulfadiazina argéntica (SAg). La SAg es uno de los productos más conocidos y ampliamente usados para la cura de estas lesiones. Siendo los **OBJETIVOS** de esta revisión bibliográfica:

- Conocer la última evidencia científica acerca del uso de la SAg en lesiones por quemadura.
- Conocer los efectos adversos de la SAg ante una quemadura.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed y SciELO. Los descriptores en ciencias de la salud empleados en la búsqueda de todas las bases de datos fueron: “burns” y “silver sulfadiazine”, unidos mediante el operador booleano “AND”. Finalmente, siguiendo los criterios de inclusión: aquellos artículos publicados en los últimos 10 años y que únicamente tratasen el tratamiento en quemaduras, fueron seleccionados un total de 15 artículos.



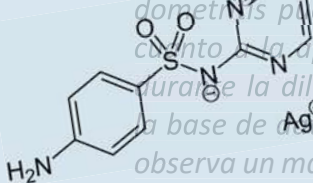
RESULTADOS

- La bibliografía consultada analizaba fundamentalmente el uso de la SAg en quemaduras de 1er y 2º grado (superficiales y profundas).
- Baja evidencia de que la SAg sea efectiva en la prevención de la infección y reepitelización de las heridas por quemadura.
- Son múltiples y conocidos sus efectos secundarios: resistencias bacterianas, inhibición de la activación de macrófagos y fibroblastos, leucopenia, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad.

Resumen: La cesárea es una intervención quirúrgica mayor con complicaciones postoperatorias conocidas.

CONCLUSIONES

La mayoría de autores concluyen que la sulfadiazina argéntica continúa siendo uno de los agentes más utilizados en el tratamiento de las quemaduras a pesar de la ausencia de un buen nivel de evidencia y de sus conocidos efectos secundarios.



BIBLIOGRAFÍA

1. Punjataewakupt A, Napavichayanun S, Aramwit P. The downside of antimicrobial agents for wound healing. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. [Internet] 2019 [citado 10 may 2022]; 38(1):39-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291466/>
2. Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 10 may 2022]; 29(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&lng=es.
3. Nímia HH, Carvalho VF, Isaac C, Souza FÁ, Gemperli R, Paggiaro AO. Comparative study of Silver Sulfadiazine with other materials for healing and infection prevention in burns: A systematic review and meta-analysis. Burns. [Internet] 2019 [citado 10 may 2022]; 45(2):282-292. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29903603/>
4. Aziz Z, Abu SF, Chong NJ. A systematic review of silver-containing dressings and topical silver agents (used with dressings) for burn wounds. Burns. [Internet] 2012 [citado 10 may 2022]; 38(3):307-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030441/>
5. Slaviero L, Avruscio G, Vindigni V, Tocco-Tussardi I. Antiseptics for burns: a review of the evidence. Ann Burns Fire Disasters. [Internet] 2018 [citado 10 may 2022] 30;31(3):198-203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367858/>

Resumen: La sulfadiazina argéntica (SAg) es uno de los agentes más empleados en el tratamiento de las quemaduras. No obstante, parece existir controversia entre su efectividad y beneficios a la hora de utilizarlo. Se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia publicada en inglés y español de los últimos 10 años en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed y SciELO. Los resultados encontrados fueron fundamentalmente que existe un bajo nivel de evidencia sobre la efectividad de la SAg en la prevención de la infección y reepitelización de las quemaduras debido a sus múltiples efectos secundarios.

Palabras Clave: Burns, Silver sulfadiazine, Antimicrobial

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una quemadura es definida como una lesión del tejido orgánico resultado de un traumatismo de origen térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Inmediatamente después del daño, la superficie de la lesión se podría considerar estéril pero rápidamente es colonizada por microorganismos. Los objetivos del cuidado de una quemadura son la eliminación del tejido desvitalizado, el control del dolor, la prevención de la infección y la curación de la lesión. Durante las curas de las quemaduras son frecuentemente empleados productos que contienen plata debido a su poder antimicrobiano, encontrando entre ellos la sulfadiazina argéntica. Se trata de uno de los productos más conocidos y ampliamente usados para la cura de estas lesiones desde 1970. Sus efectos antimicrobianos son resultado de la combinación del nitrato de plata y sulfadiazina que la componen, que reaccionan con los ácidos nucleicos previniendo la separación de la doble hélice de ADN, esencial para que se produzca la proliferación de nuevas bacterias, pero lo cual también puede suponer un retraso en la cicatrización de la herida al inhibir la mitosis, y por tanto activación, de los fibroblastos, queratinocitos y células inflamatorias.(1-5)

Objetivo:

Los objetivos de esta revisión bibliográfica fueron:

- Conocer la última evidencia científica acerca del uso de la sulfadiazina argéntica en lesiones por quemadura.
- Conocer los efectos adversos de la sulfadiazina argéntica ante una quemadura.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed y SciELO, entre marzo y mayo de 2022. Los descriptores en ciencias de la salud empleados en la búsqueda de todas las bases de datos fueron: “burns” y “silver sulfadiazine”, unidos mediante el operador booleano “AND”. Siendo por tanto la estrategia de búsqueda “burns AND silver sulfadiazine”. Finalmente, tras seguir los criterios de inclusión, aquellos artículos publicados en los últimos 10 años en inglés o español y que únicamente tratasen el tratamiento en quemaduras, fueron seleccionados un total de 15 artículos.

Resultados:

Todos los artículos revisados analizaban fundamentalmente el uso de la sulfadiazina argéntica en quemaduras de primer y segundo grado (superficiales y profundas).

Casi todos los estudios analizados coinciden en que la sulfadiazina argéntica presenta numerosos efectos secundarios, siendo los más frecuentes la producción de resistencias bacterianas y la ralentización en la cicatrización debido a su carácter inhibitorio en la activación de macrófagos y fibroblastos, además, debido a la absorción y posterior deposición de la plata existe evidencia del riesgo de nefrotoxicidad y hepatotoxicidad en aquellos casos en los que se emplea por largos periodos de tiempo y/o superficies extensas.(1-5)

La evidencia científica revisada se inclina hacia el uso de la cura en ambiente húmedo a través del uso de apósitos que realicen un adecuado manejo del exudado de la herida y proponiendo los tratamientos antimicrobianos, como la SAg, en aquellos casos en los que ya está instaurada la infección de la quemadura. Además, debido al creciente aumento de evidencia científica en los últimos años, cada vez son más los autores que proponen la miel (nunca la miel para alimentación y sin tratar, si no apósitos específicos y comercializados como productos sanitarios para su uso en heridas) como tratamiento de las quemaduras.(1,4)

La mayoría de autores coinciden en que existe una baja evidencia en la efectividad de la SAg frente a la prevención de la infección y la cicatrización de las heridas por quemadura, no obstante, aquellos autores que promueven su utilización son concedores de sus efectos secundarios.(1-5)

Conclusiones:

Pese a que existe un amplio abanico de tratamientos para las quemaduras, la mayoría de autores concluyen que la sulfadiazina argéntica continúa siendo uno de los agentes más utilizados en el tratamiento de estas lesiones a pesar de la ausencia de un buen nivel de evidencia y de sus conocidos efectos secundarios, entre ellos: resistencias microbianas, ralentización de la cicatrización, decoloración de la herida e incluso hepatotoxicidad, nefrotoxicidad y leucopenia. Concluyendo, por tanto, que en la práctica clínica se debería realizar una valoración de sus ventajas y desventajas antes de aplicar la SAg ampliamente en todas las quemaduras.

Bibliografía

1.- Nímia HH, Carvalho VF, Isaac C, Souza FÁ, Gemperli R, Paggiaro AO. Comparative study of Silver Sulfadiazine with other materials for healing and infection prevention in burns: A systematic review and meta-analysis. Burns. [Internet] 2019 [citado 10 may 2022]; 45(2):282-292. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29903603/>

2.- Slaviero L, Avruscio G, Vindigni V, Tocco-Tussardi I. Antiseptics for burns: a review of the evidence. Ann Burns Fire Disasters. [Internet] 2018 [citado 10 mayo 2022] 30;31(3):198-203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6367858/>

3.- Punjataewakupt A, Napavichayanun S, Aramwit P. The downside of antimicrobial agents for wound healing. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. [Internet] 2019 [citado 10 may 2022]; 38(1):39-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291466/>

4.- Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 10 may 2022]; 29(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&Ing=es.

5.- Aziz Z, Abu SF, Chong NJ. A systematic review of silver-containing dressings and topical silver agents (used with dressings) for burn wounds. *Burns*. [Internet] 2012 [citado 10 may 2022]; 38(3):307-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030441/>

Capítulo 9

A propósito de un caso: fiebre mediterránea familiar (FMF)

Gonzalez Naranjo, Soledad

Muñoz Pinilla, Julia

García Mora, M. Rosario

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR (FMF) **SATSE**

González Naranjo, Soledad; Muñoz Pinilla, Julia; García Mora, M. Rosario

INTRODUCCIÓN

Paciente diagnosticada de FMF cuyas características clínicas principales son:

- ciclos de fiebre
- amiloidosis renal
- lesiones cutáneas
- peritonitis
- artritis
- eritemas cutáneos

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 54 Años sin AP de importancia que tras dx de FMF presenta herida en pie dicho de 10x6 cm con placa necrótica seca muy adherida al lecho.

PLAN DE CUIDADOS

Se basa fundamentalmente en 3 dx enfermeros:

Dx enfermero	NOC	NIC
00044 deterioro de la integridad tisular r/c enfermedad Mediterránea familiar	1103 curación de la herida por segunda intención	<ul style="list-style-type: none"> - cuidados de los pies - cuidado de las heridas - aplicar ungüento si procede - limpiar con solución salina si procede - anotar características de la herida
00125 dolor agudo r/c lesiones y m/p respuestas autónomas (FC, TA) Y trastornos del sueño	1605 control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - manejo del dolor - manejo de un ambiente de confort - vigilancia - administración de analgésicos
00004 Riesgo de infección r/c la destrucción tisular	1924 control del riesgo: proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> - control de la infección - cuidados de la piel : tto tópico - manejo de la nutrición - irrigación de las heridas

DISCUSIÓN

Las manifestaciones cutáneas de la FMF se dan en un 10-40% de los pacientes afectados. Aunque las lesiones tipo erisipela erisipeloides son las únicas consideradas específicas, se pueden presentar otro tipo de lesiones como el caso que nos ocupa. TTO: cura en ambiente húmedo favoreciendo el desbridamiento autolítico con Prontosan+Urgoclean+Allevyn Adhesive c/72-96h durante 15 días. Al desprenderse el tejido necrótico, se continúan curas en ambiente húmedo con Prontosan+aquacel ag+Allevyn adhesive c/72-96h durante 6 semanas hasta su completa resolución.



CONCLUSIONES

Enfermería posee los conocimientos y competencias necesarios para resolver heridas complejas mediante la realización de un plan de cuidados a corto-medio plazo.

Resumen: Se realizó un caso clínico sobre las manifestaciones cutáneas menos comunes que pueden aparecer en pacientes diagnosticados de Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) y cómo los profesionales de enfermería elaborando y siguiendo un plan de cuidados estandarizados, basándose en sus conocimientos mediante la evidencia científica en el tratamiento de heridas complejas, son capaces de resolverlas en un corto-medio espacio de tiempo.

Palabras Clave: Herida, Fiebre, Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Paciente diagnosticada de FMF cuyas características clínicas principales son:

- Ciclos de fiebre.
- Amiloidosis renal.
- Lesiones cutáneas.
- Peritonitis.
- Artritis.
- Eritemas cutáneos.

Observación Clínica:

Paciente de 54 años sin antecedentes personales de importancia, que tras diagnóstico de FMF, presenta herida en pie dicho de 10 x 6 cm con placa necrótica seca muy adherida al lecho epitelial.

Plan de cuidados Enfermeros:

Se basa fundamentalmente en 3 diagnósticos enfermeros, dos de ellos reales y un diagnóstico de riesgo:

DIAGNÓSTICOS REALES

- 00044 Deterioro de la integridad tisular relacionado con la FMF y manifestado por lesión cutánea.
 - Resultados NOC: 1103 curación de la herida por segunda intención.
 - Intervenciones NIC: cuidado de los pies, limpiar con solución salina, cuidado de las heridas, anotar características de la herida, aplicar ungüento si procede.
- 00125 dolor relacionado con las lesiones y manifestado por respuestas autónomas y trastornos del sueño.
 - Resultados NOC: 1605 control del dolor.

- Intervenciones NIC: manejo del dolor, administración de analgésicos, manejo de un ambiente de confort, vigilancia.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

- 00004 riesgo de infección relacionado con la destrucción tisular

- Resultados NOC: 1924 control del riesgo: proceso infeccioso

- Intervenciones NIC: control de la infección, cuidados de la piel: tratamiento tópico, manejo de la nutrición, irrigación de las heridas.

Discusión:

Las manifestaciones cutáneas de la FMF se dan en un 10-40% de los pacientes afectados. Aunque las lesiones tipo Erisipela Erisipeloide son las únicas consideradas específicas, se pueden presentar otro tipo de lesiones como el caso que nos ocupa.

El tratamiento realizado consistió en una cura en ambiente húmedo favoreciendo el desbridamiento autolítico con Prontosan + Urgoclean + Allevyn Adhesive c/72-96h durante 2 semanas. Al desprenderse el tejido necrótico, se continúan curas en ambiente húmedo con Prontosan + Aquacel ag + Allevyn adhesive c/72-96h durante 6 semanas hasta su completa resolución.

Conclusiones:

Enfermería posee los conocimientos y competencias necesarios para resolver heridas complejas mediante la realización de un plan de cuidados a corto-medio plazo.

Bibliografía

1.- Mañé Garzón Fernando, Raggio Víctor. Fiebre mediterránea familiar: una afección frecuentemente subdiagnosticada. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2006 Sep [citado 2022 Mayo 28] ; 22(3): 231-235.

2.- De Armas Fabiana, Díaz Berenguer Álvaro, Raggio Víctor, Dufrechou Carlos, Goja Beatriz. Descripción de un caso de fiebre mediterránea familiar. Arch. Med Int [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Mayo 28] ; 35(3): 101-104.

3.- Perelló Carbonell R., Smithson Amat A., Supervía Caparrós A., Arenillas Rocha L., Torrente Segarra V., Skaf Peters E.. Fiebre y dolor abdominal: Un caso de fiebre mediterránea familiar. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Mayo 28] ; 21(12): 24-26.

Capítulo 10

A propósito de un caso: síndrome hiperémesis cannabinoide (SHC)

Velázquez Peña, Manuel Jesús



A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME HIPEREMESIS CANNABINOIDE (SHC)



AUTOR: Velázquez Peña, Manuel Jesús.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Hiperemesis Cannabinoide (SHC), de etiología desconocida, es una entidad clínica descrita por primera vez en 2004, la cual afecta a consumidores crónicos de cannabis que se caracteriza por episodios recurrentes de náuseas, vómitos (no respondiendo al tratamiento antiemético) y dolor abdominal que cede con baños de agua caliente desapareciendo toda la sintomatología al cesar el consumo, pudiendo reaparecer la clínica si éste reanuda el consumo. El SHC cursa en tres fases:

- **Fase prodrómica:** puede durar meses o años, caracterizada por episodios de náuseas matutinas y dolor abdominal.
- **Fase de Hiperemesis:** Aparece de forma cíclica y dura 2-4 días. En este periodo aparece la *conducta compulsiva de realizar baños o duchas de agua caliente* (+10 baños / día). El alivio es proporcional a la temperatura del agua.
- **Fase de recuperación:** Resolución de la clínica regresado a la frecuencia habitual de baño si cede el consumo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente mujer de 21 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar cuadros de náuseas con vómitos. Refiere unos siete vómitos de aspecto bilioso además de dolor epigástrico irradiado hacia hipocondrio derecho. Es la cuarta vez que acude al SHU en los últimos diez días por síntomas similares.

El cuadro comenzó con dolor abdominal y náuseas desde hace unos meses, de predominio matutino, con pérdida de unos tres kilos desde el inicio de la sintomatología.

En su última visita a urgencias fue vista por cirugía efectuándose diversas exploraciones complementarias incluida Eco abdominal siendo normal. Refiere consumo diario de cannabis (+ 5 porros diarios), tabaco y cocaína ocasionalmente. Niega viajes al extranjero, no ha estado en contacto con animales, niega sintomatología similar en su familia. Es valorada también por ginecología, descartándose patología ginecológica. Dada la persistencia de vómitos que no ceden con antieméticos habituales, se inicia sueroterapia IV y se decide ingreso a cargo de Digestivo para estudio de cuadro de hiperemesis.

Estando ingresada se realiza PIC a Psiquiatría, cuando acude el PSQ a valorarla, informa desde enfermería que se ha duchado varias ocasiones durante la mañana. La paciente refiere intensa angustia con necesidad de varias duchas calientes a lo largo del día para frenar los síntomas de abstinencia al cannabis, porque sólo se calma así o fumando porros. Refiere ánimo hipotímico en relación con la situación social. Vive con su madre, tiene una hija de 6 años que vive con el padre. No está trabajando ni estudiando. No antecedentes previos de Salud Mental. No sintomatología psicótica ni ideación autolítica. Se inicia tratamiento para la abstinencia por consumo de tóxicos. Tras varias valoraciones por PSQ durante su estancia hospitalaria la paciente refiere dejar el consumo de cannabis por lo que se le propone acudir a la UCA al Alta.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Partiendo del caso clínico, se realizó una valoración enfermera siguiendo los once patrones funcionales de M. Gordon, para elaborar un plan de cuidados estandarizados mediante el uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC de los problemas más frecuentes:

ANSIEDAD (00146)	DOLOR AGUDO (0132)	NAUSEAS /VOMITOS	INSOMNIO (00095)	PERCEPCION Y MANEJO DE LA SALUD(00188)
R/C: Preocupación, rumiación Miedo a consecuencias inespecíficos. M/P: Miedo a morir. Miedo a la pérdida de control	R/C: Agentes lesivos (psicológico) M/P: Conducta de defensa	R/C: Estimulación por fármacos () M/P: Sensación de náuseas y vómitos durante todo el día	R/C: Preocupación por la situación actual . M/P: No poder dormir	R/C: Nula conciencia de enfermedad.. M/P: Mal uso de sustancias.
NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402) Nivel de ansiedad (1211) NIC: Disminución de la ansiedad (5820) Técnicas de relajación	NOC: Control del dolor (1605). Medidas de alivio no analgésico (160504) NIC: Manejo del dolor (1400) <i>Actividades:</i> -Proporcionar un alivio del dolor óptimo. -Determinar el impacto de la experiencia dolorosa sobre la calidad de vida (sueño, apetito, humor...) <i>Resultados</i> Escala de Dolor de EVA -Ingreso: 8 puntos (muy fuerte) -Al alta: 0 puntos (ausencia de dolor)	NOC: Estado nutricional (1004) -Gravedad del síntoma (2103) -Control de peso (1612) NIC: Manejo de las náuseas (1450) <i>Actividades:</i> Proporcionar actividades de distracción: -Reducir o eliminar factores que desencadenen o aumenten las náuseas (miedo, ansiedad) <i>Resultados</i> -Ingreso: 7 vómitos / día -Al alta: 0 vómitos.	NOC: Descanso (0003) -Control del miedo (1404) NIC: Técnicas de relajación (5880) -Terapia de entretenimiento(5360) -Fomento implicación familiar (7110) <i>Actividades:</i> Escuchar activamente e identificar cuales son los factores que generan mayor preocupación y temor. -Solicitar apoyos de grupo especializado psicología,... -Incluir a la familia en las actividades de distracción y descanso. -Administrar Tto hipnótico	NOC: Control del riesgo :consumo de drogas (1904) .Conocimiento: régimen terapéutico(1813) NIC: Modificación de la conducta. (4360) <i>Actividades:</i> -Trabajar la conciencia de enfermedad, educación para la salud. -Explorar recursos / apoyo posibles (UCA) <i>Resultados:</i> - Ingreso: Nula conciencia de enfermedad. -Al alta: Motivada el dejar el consumo de Cannabis. Se deriva a la UCA para su seguimiento y continuación del plan de cuidado.
<i>Actividades:</i> -Proporcionar información respecto al Dx,Tto y pronóstico. -Escuchar atentamente. -Permanecer con el paciente. -Administrar Tto ansiolítico -Instruir al paciente técnicas de relajación. <i>Resultados</i> Escala ansiedad Hamilton -Ingreso: 41 puntos (severa) -Al alta: 18 puntos (moderada)			<i>Resultados</i> -Ingreso: Hipnótico (pauta fija) -Al alta: Hipnótico (si precisa)	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El cannabis es considerada la droga ilegal más consumida entre la población joven, siendo además después del tabaco y el alcohol, la sustancia psicoactiva percibida como más accesible entre los jóvenes. Asimismo, manifiestan una baja percepción del riesgo asociado al consumo, por lo que podría provocar un aumento del número de casos siendo necesario un mayor conocimiento por parte de los servicios sanitarios ya que con ello ayudaría a reducir el uso de técnicas diagnósticas, invasivas, innecesarias y costosas para el Sistema de Salud. El SHC debería considerarse en todo aquel paciente joven, consumidor crónico de cannabis que presenta episodios recurrentes de náuseas, vómitos y dolor abdominal y que precisa de baños o duchas de agua caliente de forma compulsiva para el alivio de la sintomatología, siendo un elemento determinante para la correcta orientación diagnóstica. El tratamiento definitivo del SHC consiste en el cese completo del consumo, siendo por ello muy importante que el paciente acepte la relación entre el cannabis y la sintomatología.

Resumen: El Síndrome de Hiperémesis Cannabinoide (SHC) afecta a consumidores crónicos de cannabis y se caracteriza por episodios recurrentes de náuseas, vómitos (no respondiendo al tratamiento antiemético) y dolor abdominal que cede con baños de agua caliente desapareciendo toda la sintomatología al cesar el consumo, pudiendo reaparecer la clínica si éste reanuda el consumo.

La alta prevalencia de uso de Cannabis en España, se considera necesario sensibilizar a los servicios de Salud de la existencia de este síndrome ya que un diagnóstico oportuno evitará exploraciones innecesarias, desagradables para el paciente y costosas para el SNS.

Palabras Clave: Trastornos por consumo de cannabis (Cannabis Dependence)
Conducta compulsiva (Compulsive behavior), Vómitos (vomiting)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Síndrome de Hiperémesis Cannabinoide (SHC), de etiología desconocida, es una entidad clínica descrita por primera vez en 2.004, la cual afecta a consumidores crónicos de cannabis que se caracteriza por episodios recurrentes de náuseas, vómitos (no respondiendo al tratamiento antiemético) y dolor abdominal que cede con baños de agua caliente desapareciendo toda la sintomatología al cesar el consumo, pudiendo reaparecer la clínica si éste reanuda el consumo. El SHC cursa en tres fases:

- Fase prodrómica: puede durar meses o años, caracterizada por episodios de náuseas matutinas y dolor abdominal.
- Fase de Hiperémesis: Aparece de forma cíclica y dura 2-4 días. En este periodo aparece la conducta compulsiva de realizar baños o duchas de agua caliente (+10 baños /día). El alivio es proporcional a la temperatura del agua.
- Fase de recuperación: Resolución de la clínica regresado a la frecuencia habitual de baño si cede el consumo.

Observación Clínica:

Paciente mujer de 21 años de edad que acude al servicio de urgencias (SHU) por presentar cuadros de náuseas con vómitos. Refiere unos siete vómitos de aspecto bilioso además de dolor epigástrico irradiado hacia hipocondrio derecho. Es la cuarta vez que acude al SHU en los últimos diez días por síntomas similares.

El cuadro comenzó con dolor abdominal y nauseas desde hace unos meses, de predominio matutino, con pérdida de unos tres kilos desde el inicio de la sintomatología.

En su última visita a urgencias fue vista por cirugía efectuándose diversas exploraciones complementarias incluida Ecografía abdominal siendo normal. Refiere consumo diario de cannabis (+ 5 porros diarios), tabaco y cocaína ocasionalmente. Niega viajes al extranjero, no ha estado en contacto con animales, niega sintomatología similar en su familia. Es valorada también por

ginecología, descartándose patología ginecológica. Dada la persistencia de vómitos que no ceden con antieméticos habituales, se inicia sueroterapia IV y se decide ingreso a cargo de Digestivo para estudio de cuadro de hiperémesis.

Estando ingresada se realiza PIC a Psiquiatría (PSQ), cuando acude PSQ a valorarla, informa desde enfermería que se ha duchado varias ocasiones durante la mañana. La paciente refiere intensa angustia con necesidad de varias duchas calientes a lo largo del día para frenar los síntomas de abstinencia al cannabis, porque sólo se calma así o fumando porros. Refiere ánimo hipotímico en relación con la situación social. Vive con su madre, tiene una hija de 6 años que vive con el padre. No está trabajando ni estudiando. No antecedentes previos de Salud Mental. No sintomatología psicótica ni ideación autolítica. Se inicia tratamiento para la abstinencia por consumo de tóxicos. Tras varias valoraciones por PSQ durante su estancia hospitalaria la paciente refiere dejar el consumo de cannabis por lo que se le propone acudir a la Unidad de Conductas Adictivas al Alta.

Plan de cuidados Enfermero:

Partiendo del caso clínico, se realizó una valoración enfermera siguiendo los once patrones funcionales de M. Gordon, para elaborar un plan de cuidados estandarizados mediante el uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC de los problemas más frecuentes:

Discusión y Conclusiones:

El cannabis es considerada la droga ilegal más consumida entre la población joven, siendo además después del tabaco y el alcohol, la sustancia psicoactiva percibida como más accesible entre los jóvenes. Asimismo, manifiestan una baja percepción del riesgo asociado al consumo, por lo que podría provocar un aumento del número de casos siendo necesario un mayor conocimiento por parte de los servicios sanitarios ya que con ello ayudaría a reducir el uso de técnicas diagnósticas, invasivas, innecesarios y costosas para el Sistema de Salud. El SHC debería considerarse en todo aquel paciente joven, consumidor crónico de cannabis que presenta episodios recurrentes de náuseas, vómitos y dolor abdominal y que precisa de baños o duchas de agua caliente de forma compulsiva para el alivio de la sintomatología, siendo un elemento determinante para la correcta orientación diagnóstica. El tratamiento definitivo del SHC consiste en el cese completo del consumo, siendo por ello muy importante que el paciente acepte la relación entre el cannabis y la sintomatología.

Bibliografía

- 1.- Habboushe, J. y Sedor, J. Cannabinoid hyperemesis acute renal failure: a common sequela of cannabinoid hyperemesis syndrome. *The American Journal of Emergency Medicine* 2013.
2. Sannarangappa, V., y Tan, C.. Cannabinoid hyperemesis. *Internal Medicine Journal*, 2009: 39, 777–778.
3. E.A. Wallace, S.E. Andrews, C.L. Garmany, M.J. Jelley. Cannabinoid hyperemesis síndrome: Literature review and proposed diagnosis and treatment algorithm. *South Med J.* (2011):104, 659-664.
4. E. Ochoa-Mangado, M. Jiménez Giménez, E. Salvador Vadillo, A. Madoz-Gúrpide. Vómitos cíclicos secundarios al consumo de cannabis. *Gastroenterol Hepatol.*, (2009):32, 406-409

Capítulo 11

Abordaje de enfermería en el Tromboembolismo Pulmonar

Alcaraz García, Beatriz

INTRODUCCIÓN:

El **Tromboembolismo Pulmonar (TEP)** es la migración hacia el territorio vascular pulmonar de una trombo formado en el sistema venoso profundo, provocando la oclusión de las arterias pulmonares. Es una patología potencialmente mortal y su localización más habitual es el pulmón derecho.

OBJETIVOS:

1. Conocer qué es el TEP, sus signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento.
2. Establecer los cuidados de enfermería en dicha patología

METODOLOGÍA:

Se trata de una Revisión Bibliográfica sobre el TEP en bases de datos como PubMed, Cuiden, Cochrane, Medline y Scielo.

RESULTADOS

SIGNOS MÁS CARACTERÍSTICOS:

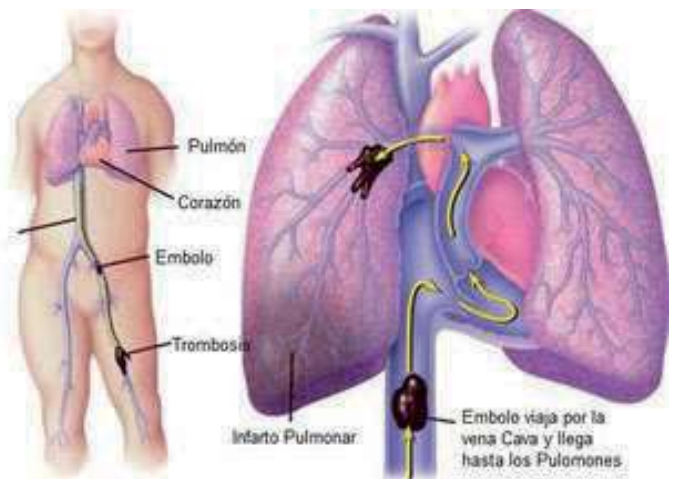
- Taquipnea y aumento del componente pulmonar
- Estertores pulmonares y fiebre
- Cianosis

SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES:

- Disnea y dolor torácico
- Ansiedad y tos
- Hemoptisis y sudoración
- Síncope

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL TEP:

- Radiografía de tórax con proyecciones PA y lateral.
- Electrocardiograma y Ecocardiograma
- Gasometría arterial y determinación por el método ELISA del Dímero DD
- Estudio hemodinámico mediante catéter Swan – Ganz
- TAC, Angiografía por RMN y Arteriografía pulmonar



El **tratamiento** de elección en el TEP es el uso de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM).
• Enoxaparina 1 mg/Kg/12horas sc o 1.5mg/Kg/día. La dosis no debe sobrepasar los 180 mg.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Evaluar el dolor torácico
- Auscultar sonidos pulmonares por si hay crepitantes
- Observar si existe dificultad respiratoria
- Detectar síntomas de oxigenación tisular inadecuada
- Favorecer una buena ventilación
- Instruir a paciente y familia respecto a los procedimientos
- Animar al paciente a que se relaje
- Administrar anticoagulantes
- Obtener niveles de gases en sangre arterial
- Observar si se producen efectos secundarios por los medicamentos anticoagulantes.

CONCLUSIONES

Entender qué es el TEP, cómo se produce y qué manifestaciones desencadenan las mayores complicaciones, hacen que la enfermería sea primordial para una atención temprana cuyo objetivo es administrar el mejor tratamiento.



Resumen: El Tromboembolismo pulmonar es la migración hacia el territorio vascular pulmonar de un trombo formado en el sistema venoso profundo, provocando la oclusión de las arterias pulmonares. Para conocer todo esto se ha realizado una revisión bibliográfica por las bases de datos más importantes y se han marcado como objetivos conocer dicha patología y los cuidados de enfermería a aplicar.

Palabras Clave: Trombo, Sistema venoso profundo, Arteria pulmonar

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) es la migración hacia el territorio vascular pulmonar de un trombo formado en el sistema venoso profundo, provocando la oclusión de las arterias pulmonares. Es una patología potencialmente mortal, más frecuente en varones, pero altamente infra-diagnosticada. Su localización más habitual es el pulmón derecho, en lóbulos inferiores.

Objetivos:

- Conocer qué es el TEP, sus signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- Establecer los cuidados de enfermería en dicha patología

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica. En ella se han visualizado los artículos más relevantes sobre el Tromboembolismo Pulmonar. Para poder actualizar y revisar los últimos avances, se han consultado más bases de datos más importantes como PubMed, Medline, Cuiden, Scielo o Cochrane.

Resultados:

El primer síntoma característico que se puede encontrar en el TEP es la hipoxemia, el cual puede ir acompañado de reducción del volumen minuto cardíaco y disminución de la difusión pulmonar. La disnea, asociada a dolor torácico y hemoptisis, también juega un papel primordial en el diagnóstico de dicha enfermedad. Como signos principales, numerosos autores recalcan la taquipnea, la fiebre y la cianosis; siendo este último indicativo de TEP masivo.

Para poder diagnosticar el Tromboembolismo Pulmonar serán necesarias algunas pruebas, las cuales van a ser decisivas para el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento precoces.

Entre las más utilizadas se encuentran la placa de tórax, ECG, gasometría arterial, determinación del dímero DD, la gammagrafía pulmonar, ecocardiograma, TAC, RMN y arteriografía pulmonar.

Una vez diagnosticada la patología, el tratamiento de elección es el uso de heparinas de bajo peso molecular.

Por último, los cuidados de enfermería a aplicar a estos pacientes son:

- Evaluar el dolor torácico
- Auscultar sonidos pulmonares por si hay crepitantes

- Observar si existe dificultad respiratoria
- Detectar síntomas de oxigenación tisular inadecuada
- Favorecer una buena ventilación
- Instruir a paciente y familia respecto a los procedimientos
- Animar al paciente a que se relaje
- Administrar anticoagulantes
- Obtener niveles de gases en sangre arterial
- Observar si se producen efectos secundarios por los medicamentos anticoagulantes.

Conclusiones:

Es fundamental que el personal de enfermería conozca de primera mano los principales síntomas y signos que puede presentar un paciente aquejado de Tromboembolismo pulmonar. Por ello, esta revisión supone un elemento indispensable para ayudar a los sanitarios a actualizar sus conocimientos y brindar los mejores cuidados a todas las personas.

Bibliografía

- 1.- Sandoval, J. Florenzano, M. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. REV. MED. CLIN. CONDES - 2015; 26(3) 338-343
- 2.- Piñar Sancho G, Abarca Zúñiga V, Moya Corea S. Diagnóstico y manejo actualizado del tromboembolismo pulmonar agudo. Rev.méd.sinerg. 1 de enero de 2021;6(1):e633.
- 3.- Torbicki, A. Corazón derecho y circulación pulmonar (VII). Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico de la enfermedad aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2010;63(7):832-49

Capítulo 12

Abordaje en el tratamiento de las flictenas

Lara Lozano, Elena

Piqueras Crespo, Lourdes

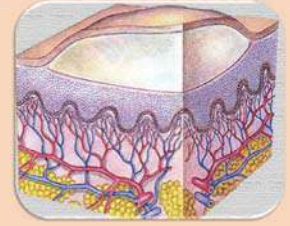
Núñez Sánchez Migallón, Ana Belén

García-Muñoz López-Menchero, Diana

Moreno Delgado, Tania

INTRODUCCIÓN

Por flictena nos referimos a la ampolla epidérmica, llena de serosidad, que se provoca por un agente traumático o irritante. El manejo y tratamiento de estas flictenas siempre ha causado controversia dentro práctica de la actividad enfermera en cuanto a si se deben desbridar o no, es por este motivo que creemos necesaria la revisión de la evidencia disponible sobre este tema.



OBJETIVOS

- Conocer si el abordaje de las flictenas promueve su curación o si por el contrario hay mayor riesgo de infección
- Unificar criterios de actuación por parte de los profesionales

METODOLOGÍA

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.
- Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: "Vesícula" (Blister); "Desbridamiento" (Debridement); "Quemaduras" (Bruns)
- Se han incluido todos aquellos artículos posteriores al año 2012 que tratan sobre el tratamiento de las flictenas y estudio de los mismos

RESULTADOS

AUTORES / ARTÍCULOS	CONCLUSIONES
Babío Rodríguez D. et al	<p>Recomiendan desbridar las flictenas por los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visualizar el lecho de la herida. • Preferible desbridar en un medio aséptico con material estéril antes de que se produzca una ruptura accidental. • Menor probabilidad de infección. • Aumenta la efectividad de tratamientos tópicos. • Mejora del dolor. • Mejora de la coagulación. • Reducción del periodo de curación. <p>Desaconsejan la punción-aspiración porque se crea una puerta de entrada para microorganismos.</p>
Delgado Roche E.	<p>Revisión bibliográfica de la literatura. Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desbridar todas aquellas flictenas que tengan un líquido turbio • Desbridar aquellas que estén en articulaciones por la tendencia a romperse • No desbridar flictenas menores a 6 mm • No desbridar si el paciente refiere mucho dolor ante la manipulación • Desbridar todas las flictenas provocadas por quemaduras químicas
Douglas H. et al	Recomiendan desbridar las flictenas excepto si el profesional no está experimentado
Arek W. et al	<p>Recomiendan desbridar las flictenas, pero no la punción-aspiración de ellas porque aumenta el riesgo de infección.</p> <p>No desbridar aquellas menores a 2 cm.</p>
Mayer Tenenhaus et al	No hay suficiente evidencia científica. Recomendamos evaluar la lesión de forma individualizada.
GPC Junta de Andalucía	Crean un algoritmo que evalúa las quemaduras donde recomiendan desbridar las flictenas.



*Hyung-Suk Ro et al, realizan un ensayo clínico aleatorio (ECA), donde incorporaron 40 pacientes con ampollas mayores de 6 mm. Fueron asignados al azar en 2 grupos: Grupo de aspiración de la vesícula y grupo de limpieza (donde se desbridaron las vesículas). Los autores concluyeron que **ningún tratamiento es superior al otro** en el manejo de las flictenas. Sin embargo, la punción aspiración sugiere mejora en el dolor del paciente y en el grosor de las cicatrices.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de las flictenas está muy extendido en las tareas de enfermería y es un problema al que nos enfrentamos diariamente. Tras la consulta de la evidencia científica disponible se ha encontrado variabilidad de opiniones y actuaciones.

La mayoría de autores recomienda el desbridamiento de aquellas flictenas mayores a 6 mm o que estén en zonas articulables por experiencia clínica pero no se ha encontrado evidencia científica que respalde el desbridamiento o no de las flictenas, por lo que es aconsejable seguir investigando sobre el tema.

Resumen: En nuestra práctica clínica diaria nos encontramos frecuentemente con flictenas para tratar y diversidad de tratamiento y opiniones al respecto. Hemos tratado de unificar criterios en torno al tratamiento de las flictenas haciendo una revisión sistemática de la bibliografía disponible. Se ha encontrado la misma variabilidad que vemos en nuestra práctica diaria por lo que precisa seguir investigando sobre el tema.

Palabras Clave: Vesícula (Blister), Desbridamiento (Debridement), Quemaduras (Bruns)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) es la migración hacia el territorio vascular pulmonar de un trombo formado en el sistema venoso profundo, provocando la oclusión de las arterias pulmonares. Es una patología potencialmente mortal, más frecuente en varones, pero altamente infra-diagnosticada. Su localización más habitual es el pulmón derecho, en lóbulos inferiores.

Objetivos:

- Conocer qué es el TEP, sus signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- Establecer los cuidados de enfermería en dicha patología

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica. En ella se han visualizado los artículos más relevantes sobre el Tromboembolismo Pulmonar. Para poder actualizar y revisar los últimos avances, se han consultado más bases de datos más importantes como PubMed, Medline, Cuiden, Scielo o Cochrane.

Introducción:

Por flictena nos referimos a la ampolla epidérmica, llena de serosidad, que se provoca por un agente traumático o irritante. El manejo y tratamiento de estas flictenas siempre ha causado controversia dentro práctica de la actividad enfermera en cuanto a si se deben desbridar o no, es por este motivo que creemos necesaria la revisión de la evidencia disponible sobre este tema.

Objetivos:

- Conocer si el abordaje de las flictenas promueve su curación o si por el contrario hay mayor riesgo de infección
- Unificar criterios de actuación por parte de los profesionales

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.

Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: "Vesícula" (Blister); "Desbridamiento" (Debridement); "Quemaduras" (Bruns)

Se han incluido todos aquellos artículos posteriores al año 2012 que tratan sobre el tratamiento de las flictenas y estudio de los mismos.

Resultados:

Ahora, comentaremos las conclusiones de los autores y de sus artículos:

• Babío Rodríguez D. et al: Recomiendan desbridar las flictenas por los siguientes motivos:

- Visualizar el lecho de la herida
- Preferible desbridar en un medio aséptico con material estéril antes de que se produzca una ruptura accidental
- Menor probabilidad de infección
- Aumenta la efectividad de tratamientos tópicos
- Mejora del dolor
- Mejora de la coagulación
- Reducción del periodo de curación

Desaconsejan la punción-aspiración porque se crea una puerta de entrada para microorganismos.

- Delgado Roche E: Revisión bibliográfica de la literatura. Recomendaciones:
 - Desbridar todas aquellas flictenas que tengan un líquido turbio
 - Desbridar aquellas que estén en articulaciones por la tendencia a romperse
 - No desbridar flictenas menores a 6 mm
 - No desbridar si el paciente refiere mucho dolor ante la manipulación
 - Desbridar todas las flictenas provocadas por quemaduras químicas
- Douglas H. et al: Recomiendan desbridar las flictenas excepto si el profesional no está experimentado.
- Arek W. et al: Recomiendan desbridar las flictenas, pero no la punción-aspiración de ellas porque aumenta el riesgo de infección. No desbridar aquellas menores a 2 cm
- Mayer Tenenhaus et al: No hay suficiente evidencia científica. Recomiendan evaluar la lesión de forma individualizada.
- GPC Junta de Andalucía: Crean un algoritmo que evalúa las quemaduras donde recomiendan desbridar las flictenas
- Hyung-Suk Ro et al: Realizan un ECA donde incorporaron 40 pacientes con ampollas mayores de 6 mm. Fueron asignados al azar en 2 grupos: Grupo de aspiración de la vesícula y grupo de limpieza (donde se desbridaron las vesículas). Los autores concluyeron que ningún tratamiento es superior al otro en el manejo de las flictenas. Sin embargo, la punción aspiración sugiere mejora en el dolor del paciente y en el grosor de las cicatrices.

Conclusiones:

El tratamiento de las flictenas está muy extendido en las tareas de enfermería y es un problema al que nos enfrentamos diariamente.

Tras la consulta de la evidencia científica disponible se ha encontrado variabilidad de opiniones y actuaciones.

La mayoría de autores recomienda el desbridamiento de aquellas flictenas mayores a 6 mm o que estén en zonas articulables por experiencia clínica pero no se ha encontrado evidencia científica que respalde el desbridamiento o no de las flictenas, por lo que es aconsejable seguir investigando sobre el tema.

Bibliografía

1.- Rodríguez, D. B., & Oubel, M. E. C. (2012). Manejo de las flictenas en una quemadura: una discusión clásica de enfermería. Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda, (1), 22-26.

2.- Ro HS, Shin JY, Sabbagh MD, Roh SG, Chang SC, Lee NH. Effectiveness of aspiration or de-roofing for blister management in patients with burns: A prospective randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Apr;97(17):e0563. [DOI 10.1097/MD.00000000000010563] [Consulta: 25/05/2022]

3.- Reina Durán, María José; Rodríguez Rodríguez, Isabel María; Aranda García, Ana María; De Las Heras Moreno, Javier; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Delgado Begines, Estefanía. Influencia de un protocolo alternativo de cura para quemaduras de segundo grado. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0840.php>

4.- Roche, E. D., Redrado, A. L., Andrés, N. B., & Vidal, P. B. Artículos, casos clínicos, imágenes médicas-ISSN 1886-8924. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-de-las-flictenas-en-las-quemaduras/>

5.- Pérez Boluda T, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. 1ª ed. Sevilla: Artefacto; 2011. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Capítulo 13

Abordaje en la consulta hospitalaria de salud mental desde un caso clínico de tripanofobia.

*Talavera García, Irene
Moya López, Lorena
Laderas Díaz, Estibaliz*

ABORDAJE EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL DESDE UN CASO CLÍNICO DE TRIPANOFOBIA

SATSE

IRENE TALAVERA GARCÍA, LORENA MOYA LÓPEZ, ESTÍBALIZ LADERAS DÍAZ.

INTRODUCCIÓN

La **tripanofobia** es el miedo o ansiedad intensa frente a las inyecciones o agujas médicas. Cuando el estímulo fóbico está presente, la persona manifiesta síntomas ansiosos inmediatos que le hacen evitar o escapar de la situación en la que se encuentra.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 42 años que acude a la consulta de Salud Mental del Hospital para inyectable de carácter mensual como parte de su tratamiento. A la entrada tranquila, abordable, acompañada de su hermana, TA: 131/82 mmhg, FC: 78lpm, seguimiento mensual y valoración mediante entrevista directa correcta. Presenta tripanofobia con sintomatología psicósomática (temblor, voz entrecortada, tensión muscular, aumento de FR y FC y palidez.)

DISCUSIÓN

El objetivo principal es identificar la evidencia disponible que nos permita elaborar y proporcionar un plan de cuidados al paciente con tripanofobia de nuestra consulta de Enfermería de Salud Mental ayudando así a la adherencia al tratamiento. A partir de unos diagnósticos enfermeros conseguiremos unas intervenciones (NIC) que nos ayudarán a cumplir dichos objetivos (NOC).

NANDA	Manifestado por	Relacionado con	NOC	NIC	INTERVENCIÓN
(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD	Dificultad en el régimen terapéutico prescrito	Dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo	(01813) Conocimiento: régimen terapéutico	(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos	Instruir al paciente acerca de la acción, propósito y efectos secundarios de cada medicamento
(00125) IMPOTENCIA	Expresa falta de control	Régimen relacionado con la enfermedad	(1402) Autocontrol de la ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad	Crear un ambiente que facilite la confianza.
(00146) ANSIEDAD	Temblores	Estrés	(1211) Nivel de ansiedad	(5880) Técnica de relajación	Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
(00148) TEMOR	Aumento del pulso, Aumento de la FR	Estímulos fóbicos	(1404) Autocontrol del miedo	(4360) Modificación de la conducta	Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
(00069) AFRONTAMIENTO O INEFICAZ	Expresa incapacidad para el afrontamiento	Inadecuado nivel de percepción del control	(1302) Afrontamiento de problemas	(5270) Apoyo emocional	Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

CONCLUSIONES:

Tras valorar varias intervenciones y relacionándolas con artículos científicos, observamos gran beneficio a la hora de actuar con pacientes con tripanofobia, disminuyendo así su sintomatología. Sería recomendable crear un protocolo de actuación para dichas situaciones utilizando algunas de las intervenciones más eficaces como:

- (6480) Manejo ambiental: Dar **tiempo** al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- (5900) Distracción: Animar al individuo a que elija la técnica de **distracción** deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor.
- (1460) Relajación muscular progresiva: Ordenar al paciente que **respire** profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión. Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.
- 5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento: Permitir que la **familia**/ser querido se queden con el paciente.

Para la tripanofobia moderada o grave, se puede considerar la ayuda de psicoterapia.



Resumen: La tripanofobia es el miedo o ansiedad intensa frente a las inyecciones o agujas médicas. Cuando el estímulo fóbico está presente, la persona manifiesta síntomas ansiosos inmediatos que le hacen evitar o escapar de la situación en la que se encuentra. En la consulta de Enfermería podemos encontrarnos a pacientes que manifiestan sintomatología psicósomática ante dicha exposición, por lo que vemos necesario el estudio del abordaje en estas situaciones. Realizaremos un plan de cuidados de enfermería para poder extrapolar los objetivos a nuestro caso clínico de la consulta.

Palabras Clave: Fobias, Inyección, Exposición

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Llamamos tripanofobia al miedo o ansiedad intensa frente a las inyecciones o agujas médicas. Cuando el estímulo fóbico está presente, la persona manifiesta síntomas ansiosos inmediatos que le hacen evitar o escapar de la situación en la que se encuentra.

Diariamente, los profesionales de enfermería se enfrentan a pacientes con dicha fobia y en ocasiones nos tenemos que plantear utilizar diferentes métodos para paliar y garantizar la seguridad del paciente. Para ello utilizamos métodos como, la velocidad en la extracción, tumbar al paciente para reducir riesgos en caso de desmayo y otras alternativas que no sabemos si realmente ayudan a que disminuya la angustia del paciente.

Por ello, vemos necesario la valoración de artículos científicos que nos ayuden a tomar decisiones que mejoren la situación del paciente frente a estos eventos.

Nuestro objetivo estará, por tanto, en identificar la evidencia disponible que nos permita elaborar y proporcionar un plan de cuidados al paciente con tripanofobia y extrapolar dicha información al caso clínico de nuestra consulta de salud mental, mejorando así su adherencia al tratamiento.

Observación Clínica:

Caso clínico Mujer de 42 años que acude a la consulta de Salud Mental del Hospital para inyectable de carácter mensual como parte de su tratamiento. A la entrada tranquila, abordable, acompañada de su hermana, TA: 110/82 FC: 82lpm, seguimiento mensual y valoración mediante entrevista directa correcta.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Enfermería, después de una buena valoración según los patrones funcionales de Gordon y según estos, vemos conveniente la elección de los siguientes diagnósticos (NANDA), a partir de unas determinadas intervenciones (NIC) para conseguir los objetivos (NOC)

- Diagnóstico: (00078) Gestión ineficaz de la salud, manifestado por dificultad en el régimen terapéutico prescrito y r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo.

- NOC: (01813) Conocimiento: régimen terapéutico.

- NIC: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos. Intervención: Instruir al paciente acerca de la acción, propósito y efectos secundarios de cada medicamento.
- Diagnóstico: (00125) Impotencia: Manifestada por expresar falta de control r/c régimen relacionado con enfermedad
- NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- NIC: 5820 Disminución de la ansiedad. Intervención: Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Diagnóstico: (00148) Temor: Manifestado por aumento del pulso. Aumento de la FR. r/c estímulos fóbicos.
- NOC: (1404) Autocontrol del miedo
- NIC: (4360) Modificación de la conducta. Intervención: Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
- Diagnóstico: (00148) Ansiedad: Manifestado por Temblores r/c Estrés.
- NOC: (1211) Nivel de ansiedad.
- NIC: (5880) Técnicas de relajación. Intervención: Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
- Diagnóstico: (00069) Afrontamiento ineficaz: Manifestado por expresar incapacidad para el afrontamiento, r/c inadecuado nivel de percepción del control.
- NOC: (1302) Afrontamiento de problemas.
- NIC: (5270) Apoyo emocional. Intervención: facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

Discusión:

Realizando una revisión bibliográfica obtenida entre las diferentes bases de datos (medline, scielo, dialnet), así como utilizando la metodología enfermera NANDA, NOC y NIC obtuvimos intervenciones concretas que nos ayudan a mejorar la gestión del paciente frente a los inyectables. La distracción, el acompañamiento familiar, la utilización de medidas de relajación en el momento previo al tratamiento o la respiración son actuaciones muy eficaces y ya conocidas por el profesional de enfermería y que mejoran la adherencia al tratamiento de cualquier paciente que necesite exponerse a esta situación tan periódicamente, como así es el caso de nuestra paciente.

Conclusiones:

Tras valorar varias intervenciones y relacionándolas con artículos científicos, observamos gran beneficio a la hora de actuar con pacientes con tripanofobia, disminuyendo así su sintomatología. Sería recomendable crear un protocolo de actuación para dichas situaciones utilizando algunas de las intervenciones más eficaces como:

- (6480) Manejo ambiental: Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- (5900) Distracción: Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor.

- (1460) Relajación muscular progresiva: Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión. Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.

- (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento: Permitir que la familia/ser querido se queden con el paciente.

No obstante, es necesario señalar que, para la tripanofobia moderada o grave, se puede considerar la ayuda de psicoterapia.

Bibliografía

1.- Ayala E, Meuret AE, Ritz T. Tratamiento para la fobia a las lesiones en la sangre y a la inyección: una revisión crítica de la evidencia actual. Revista de Investigación Psiquiátrica. 2009. 43, 1235-1242

2.- Braga Mendoza A, Ramos Pereira E, De Oliveira Martins SA et al. Proceso de Enfermería para paciente con fobia a las agujas: estudio de caso. Rev Bras Enferm 73 (4) 2020 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0095>.

3.- Luque González A. Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta bifásica. Revista de Casos clínicos en Salud Mental. 2017 1: 1-24.

4.- Pinel L, Redondo MM. Abordaje de la hematofobia y sus distintas líneas de investigación. Clínica y salud. 2014, vol.25 n.1, pp,75-84. ISSN 2174-0550.A.

Capítulo 14

Abordaje fisioterápico en hemiparesia derecha en usuario institucionalizado en residencia de mayores.

*Rangel Escibano, Juan
Martínez Iniesta, M^a Pilar*

ABORDAJE FISIOTERÁPICO EN HEMIPARESIA DERECHA EN USUARIO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA DE MAYORES

JUAN RANGEL ESCRIBANO
M^a PILAR MARTÍNEZ INIESTA

INTRODUCCIÓN

El usuario P.F.N. de 97 años, sufre hemiparesia derecha con predominio proximal en febrero de 2021. Es institucionalizado en una residencia de mayores junto a su esposa en marzo de 2021.

El accidente cerebrovascular (ACV) se produce en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. En la tomografía computarizada craneal se objetiva un gran hematoma crónico-higroma subdural temporo parietal izquierdo severo con recuperación parcial. Presenta afasia fluente y de comprensión, aunque si comprende órdenes simples. Hemianopsia homónima. Deterioro cognitivo vascular, cuadros confusionales con infecciones del tracto urinario (ITUs).

Antes del ACV, el usuario era el cuidador principal de su mujer, con demencia degenerativa tipo EA (Enfermedad de Alzheimer). De un día para otro no era capaz de preparar su medicación presentando incapacidad para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), desde ese momento presenta deterioro cognitivo progresivo, con alteración de la marcha con arrastre de pies. Pérdida de visión en ojo izquierdo. Hipoacusia.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Balance articular: No presenta limitación de movilidad en miembros inferiores (MMII) o superiores (MMSS). No se queja de dolor aparente.

Balance muscular: En la escala de Daniels presenta mejores valores respecto al año anterior, pasando de 5/5 en MMII y miembro superior izquierdo y 4+/5 en miembro superior derecho en 2021. A tener 5/5 en MMSS y MMII en 2022.

En la escala de Tinetti también presenta mejores valores respecto al año anterior, pasando de 24/28 (Riesgo medio de caídas) en 2021 a 25/28 (Bajo riesgo de caídas) en 2022.

Balance muscular (Daniels)	Marzo 2021	Marzo 2022
Miembro superior derecho	4+/5	5/5
Miembro superior izquierdo	5/5	5/5
Miembro inferior derecho	5/5	5/5
Miembro inferior izquierdo	5/5	5/5

Escala de Tinetti	Marzo 2021	Marzo 2022
Marcha	9/12	10/12
Equilibrio	15/16	15/16
Total	24/28	25/28
Riesgo de caídas	Medio	Bajo

OBJETIVOS

Mantenimiento de la marcha autónoma con andador por los espacios.
Mantenimiento y mejora de balance muscular en MMII y MMSS.
Mejorar equilibrio y estabilidad en bipedestación y marcha.

PLAN DE CUIDADOS

Cuando ingresó, en marzo de 2021, los desplazamientos por el espacio se realizaban con su silla de ruedas autopropulsada por otra persona, se le enseñó a desplazarse solo, utilizando sus miembros superiores. Comenzamos el entrenamiento de fisioterapia con refuerzo muscular de miembros superiores e inferiores. Evoluciona rápidamente y se comienza la verticalización y marcha en barras paralelas, cuando se consiguió, pasó a caminar con andador de 2 ruedas y después con uno de 4 ruedas.

Actualmente camina con andador de 4 ruedas de forma autónoma por los espacios y sin fatiga, incluso fuera de la residencia. Camina ligeramente inclinado hacia delante, separando ligeramente los codos para aumentar el equilibrio, lo corrige cuando se le indica. Los pasos son simétricos, fluidos y con aceptable distancia. Es capaz de caminar sin ayudas técnicas varios metros con ligera separación de brazos para aumentar el equilibrio. También camina en la cinta de marcha agarrado durante 5 minutos con fatiga moderada.

Es capaz de subir y bajar escaleras alternando los pies, ayudado del pasamanos. Se levanta de una silla utilizando las manos. Se sienta sin utilizar las manos y controlando el descenso. Aguanta de pie sin apoyo y sin dificultad, incluso con ojos cerrados. En sedestación se mantiene firme y se recoloca sólo.

Está incluido en los programas de reeducación de la bipedestación y marcha funcional con andador. Tratamiento directo en la sala de fisioterapia; se estimula para que asista y realice ejercicios de mantenimiento articular y muscular, como bicicleta estática, autopasivos de hombros, tonificación muscular con pesas, control postural, etc. Ejercicios Otago para prevención de caídas. Programa de paseos por las tardes con auxiliares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El usuario presenta buena evolución en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador de 2 ruedas, así como la coordinación y el equilibrio.

Muestra buena disposición a las actividades y ejercicios que se le plantean y es muy constante en su tratamiento individual y grupal, lo que le ha hecho mejorar mucho en cuanto a la recuperación del ACV.

Se puede constatar que la reeducación fisioterápica es fundamental desde el inicio de la enfermedad cerebrovascular.

Resumen: El tratamiento de fisioterapia resulta óptimo en la recuperación de la hemiparesia derecha en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador, coordinación y equilibrio en bipedestación estática y dinámica.

El accidente cerebrovascular (ACV) es la tercera causa de muerte en los países industrializados y la principal causa de discapacidad, ocasionando dependencia y secuelas entre los adultos afectados.

Los objetivos principales son recuperar y mantener el balance muscular y articular, conseguir la verticalización y marcha con andador, así como mejorar la estabilidad y el equilibrio en bipedestación.

Palabras Clave: Accidente Cerebrovascular, Fisioterapia, Anciano

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El usuario P.F.N. de 97 años, sufre hemiparesia derecha con predominio proximal en febrero de 2021. Es institucionalizado en una residencia de mayores junto a su esposa en marzo de 2021.

El accidente cerebrovascular (ACV) se produce en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. En la tomografía computarizada craneal se objetiva un gran hematoma crónico-higroma subdural temporo parietal izquierdo severo con recuperación parcial. Presenta afasia fluente y de comprensión, aunque si comprende órdenes simples. Hemianopsia homónima. Deterioro cognitivo vascular, cuadros confusionales con infecciones del tracto urinario (ITUs).

Antes del ACV, el usuario era el cuidador principal de su mujer, con demencia degenerativa tipo EA (Enfermedad de Alzheimer). De un día para otro no era capaz de preparar su medicación presentando incapacidad para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), desde ese momento presenta deterioro cognitivo progresivo, con alteración de la marcha con arrastre de pies. Pérdida de visión en ojo izquierdo. Hipoacusia.

Observación Clínica:

- Balance articular: No presenta limitación de movilidad en miembros inferiores (MMII) o superiores (MMSS). No se queja de dolor aparente.
- Balance muscular: En la escala de Daniels presenta mejores valores respecto al año anterior, pasando de 5/5 en MMII y miembro superior izquierdo y 4+/5 en miembro superior derecho en 2021. A tener 5/5 en MMSS y MMII en 2022.
- En la escala de Tinetti también presenta mejores valores respecto al año anterior, pasando de 24/28 (Riesgo medio de caídas) en 2021 a 25/28 (Bajo riesgo de caídas) en 2022.
- Equilibrio 15/16. Marcha 10/12. Total 25/28. Bajo riesgo de caídas.

Los objetivos planteados son:

- Mantenimiento de la marcha autónoma con andador por los espacios.

- Mantenimiento y mejora de balance muscular en MMII y MMSS.
- Mejorar equilibrio y estabilidad en bipedestación y marcha.

Plan de Cuidados. Tratamiento de Fisioterapia:

• Cuando ingresó, en marzo de 2021, los desplazamientos por el espacio se realizaban con su silla de ruedas autopropulsada por otra persona, se le enseñó a desplazarse solo, utilizando sus miembros superiores. Comenzamos el entrenamiento de fisioterapia con refuerzo muscular de miembros superiores e inferiores. Evoluciona rápidamente y se comienza la verticalización y marcha en barras paralelas, cuando se consiguió, pasó a caminar con andador de 2 ruedas y después con uno de 4 ruedas.

Actualmente camina con andador de 4 ruedas de forma autónoma por los espacios y sin fatiga, incluso fuera de la residencia. Camina ligeramente inclinado hacia delante, separando ligeramente los codos para aumentar el equilibrio, lo corrige cuando se le indica. Los pasos son simétricos, fluidos y con aceptable distancia. Es capaz de caminar sin ayudas técnicas varios metros con ligera separación de brazos para aumentar el equilibrio. También camina en la cinta de marcha agarrado durante 5 minutos con fatiga moderada.

Es capaz de subir y bajar escaleras alternando los pies, ayudado del pasamanos. Se levanta de una silla utilizando las manos. Se sienta sin utilizar las manos y controlando el descenso. Aguanta de pie sin apoyo y sin dificultad, incluso con ojos cerrados. En sedestación se mantiene firme y se recoloca sólo.

Está incluido en los programas de reeducación de la bipedestación y marcha funcional con andador. Tratamiento directo en la sala de fisioterapia; se estimula para que asista y realice ejercicios de mantenimiento articular y muscular, como bicicleta estática, autopasivos de hombros, tonificación muscular con pesas, control postural, etc. Ejercicios Otago para prevención de caídas. Programa de paseos por las tardes con auxiliares.

Discusión y Conclusiones:

El usuario presenta buena evolución en cuanto al aumento de fuerza muscular, mejoría en la marcha autónoma con andador de 2 ruedas, así como la coordinación y el equilibrio.

Muestra buena disposición a las actividades y ejercicios que se le plantean y es muy constante en su tratamiento individual y grupal, lo que le ha hecho mejorar mucho en cuanto a la recuperación del ACV.

Se puede constatar que la reeducación fisioterápica es fundamental desde el inicio de la enfermedad cerebrovascular.

Bibliografía

- 1.- Debra R. Equilibrio y movilidad con personas mayores. 1ª edición. Barcelona: Paidotribo; 2005.
- 2.- Rubens Rebelatto J, Da Silva Morelli J. Fisioterapia geriátrica: Práctica asistencial en el anciano. 1ª edición. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
- 3.- Sociedad española de médicos de residencias (SEMER). Síndromes geriátricos. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2006.

Capítulo 15

Abordaje Fisioterápico en la Distrofia Muscular Facioescapulohumeral.

*Rangel Escribano, Juan
Martínez Iniesta, M^a Pilar*

ABORDAJE FISIOTERÁPICO EN LA DISTROFIA MUSCULAR FACIOESCAPULOHUMERAL

JUAN RANGEL ESCRIBANO
M^a PILAR MARTÍNEZ INIESTA

INTRODUCCIÓN

La paciente T.C.F de 67 años presenta distrofia muscular facioescapulohumeral. Este tipo de distrofia hereditaria, provoca debilidad muscular progresiva que afecta principalmente a los músculos de la cara, hombros y brazos. Está incluida dentro de las enfermedades raras, ya que se existe un caso por cada 20.000 nacimientos.

La enfermedad comenzó a los 25 años con alteración y agravación progresiva de la marcha, y fue diagnosticada finalmente en 2011 mediante prueba de ADN.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

La paciente camina con un bastón simple en la mano derecha fuera de casa, y lo utiliza puntualmente al interior. Utiliza dos órtesis antiequino que elevan el antepié, permitiendo la flexión plantar en el apoyo del talón, inmediatamente después de la fase de despegue, evitando el riesgo de tropiezos con elementos comunes e irregularidades de la superficie.

Es capaz de subir y bajar escaleras en asimétrico utilizando la barandilla. Por otro lado, no es capaz de levantarse del suelo en caso de caída. En cuanto a los miembros superiores, presenta dificultad en la elevación de brazos, sobre todo el izquierdo.

En la exploración instrumental de fisioterapia hemos utilizado el test de 6 minutos de marcha, la escala de equilibrio de Berg, la maquina de isocinetismo Contrex (R), y el estabilómetro Satel (R) para la evaluación del equilibrio estático. Presenta alteración de la marcha y del equilibrio estático, la marcha es lenta en stepage, con hiperlordosis lumbar debido a la hipotonía abdominal, con un perímetro reducido de alrededor de 100 m. Se fatiga con facilidad, ya que tuvo que hacer varias paradas durante el test de marcha. Así como la debilidad muscular medida de forma instrumental con el aparato de isocinetismo, denota una debilidad importante en musculatura abdominal, lumbar, cuádriceps e isquiosurales.

Exploración de Fisioterapia	Semana 1	Semana 12
Test 6 minutos de marcha	199 metros	270 metros
Escala de Berg	45/56	55/56
Plataforma estabilométrica	+	+++
Fuerza muscular	+	++

PLAN DE CUIDADOS

La paciente se ha beneficiado de un programa de reeducación de 12 semanas de duración, a razón de 3 días por semana no consecutivos, basado en:

- Entrenamiento cardiorrespiratorio: Práctica de bicicleta (70% de su velocidad máxima establecida).
- Tres ejercicios de musculación adaptada (50% de su capacidad máxima) trabajando sobre todo la musculatura abdominal, lumbar, cuádriceps e isquiosurales, así como miembros superiores y fijadores de escápula.
- Reeducación de la marcha en diferentes superficies.
- Trabajo del equilibrio estático en superficies más o menos estables, así como en dinámico.
- Aprendizaje de levantarse del suelo, descomponiendo los movimientos y trabajándolos separadamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los efectos del programa de fisioterapia han sido muy positivos, a través del entrenamiento cardiorrespiratorio hemos conseguido aumentar sus capacidades y su resistencia física evidenciado en el test de 6 minutos de marcha, pasando de 199 metros (con 3 paradas) a 270 metros (sin pausas). La fuerza muscular aumentó basándonos en la medición con el aparato de isocinetismo, pasando a tener al final del tratamiento un mejor equilibrio de fuerzas. En cuanto al equilibrio, la escala de Berg pasó de 45/56 a 55/56 (leve riesgo de caída), así como mejora sustancial en la plataforma estabilométrica.

En definitiva, los ejercicios planteados han permitido mejorar su calidad de vida y los síntomas clínicos de la enfermedad.

Resumen: *Paciente con distrofia muscular facioescapulohumeral que provoca debilidad muscular progresiva afectando principalmente a músculos de la cara, hombros y brazos. Presenta alteración de la marcha y del equilibrio. Debilidad importante en musculatura abdominal, lumbar, cuádriceps e isquiosurales. Se fatiga con facilidad.*

Camina con un bastón simple en la mano derecha. Utiliza dos órtesis antiequino. Dificultad en la elevación de brazos.

Se realiza un programa de fisioterapia, basado en entrenamiento cardiorrespiratorio, ejercicios de musculación adaptada, reeducación de la marcha, trabajo del equilibrio. Los efectos del programa han sido positivos, mejorando su calidad de vida y los síntomas clínicos de la enfermedad.

Palabras Clave: *Distrofia Muscular Facioescapulohumeral, Fisioterapia Debilidad Muscular*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La paciente T.C.F de 67 años presenta distrofia muscular facioescapulohumeral. Este tipo de distrofia hereditaria, provoca debilidad muscular progresiva que afecta principalmente a los músculos de la cara, hombros y brazos. Está incluida dentro de las enfermedades raras, ya que se existe un caso por cada 20.000 nacimientos.

La enfermedad comenzó a los 25 años con alteración y agravación progresiva de la marcha, y fue diagnosticada finalmente en 2011 mediante prueba de ADN.

Observación Clínica:

La paciente camina con un bastón simple en la mano derecha fuera de casa, y lo utiliza puntualmente al interior. Utiliza dos órtesis antiequino que elevan el antepié, permitiendo la flexión plantar en el apoyo del talón, inmediatamente después de la fase de despegue, evitando el riesgo de tropiezos con elementos comunes e irregularidades de la superficie.

Es capaz de subir y bajar escaleras en asimétrico utilizando la barandilla. Por otro lado, no es capaz de levantarse del suelo en caso de caída. En cuanto a los miembros superiores, presenta dificultad en la elevación de brazos, sobre todo el izquierdo.

En la exploración instrumental de fisioterapia hemos utilizado el test de 6 minutos de marcha, la escala de equilibrio de Berg, la máquina de isocinetismo Contrex (R), y el estabilometro Satel (R) para la evaluación del equilibrio estático. Presenta alteración de la marcha y del equilibrio estático, la marcha es lenta en stepage, con hiperlordosis lumbar debido a la hipotonía abdominal, con un perímetro reducido de alrededor de 100 m. Se fatiga con facilidad, ya que tuvo que hacer varias paradas durante el test de marcha. Así como la debilidad muscular medida de forma instrumental con el aparato de isocinetismo, denota una debilidad importante en musculatura abdominal, lumbar, cuádriceps e isquiosurales.

Plan de Cuidados. Tratamiento de Fisioterapia:

La paciente ha beneficiado de un programa de reeducación de 12 semanas de duración, a razón de 3 días por semana no consecutivos, basado en la práctica de bicicleta (70% de su velocidad máxima establecida), tres ejercicios de musculación adaptada (50% de su capacidad máxima) trabajando sobre todo la musculatura abdominal, lumbar, cuádriceps e isquiosurales, así como miembros superiores y fijadores de escápula. Reeducación de la marcha en diferentes superficies. Trabajo del equilibrio estático en superficies más o menos estables, así como en dinámico. Y aprendizaje de levantarse del suelo, descomponiendo los movimientos y trabajándolos separadamente.

Discusión y Conclusiones:

Los efectos del programa de fisioterapia han sido muy positivos, a través del entrenamiento cardiorrespiratorio hemos conseguido aumentar sus capacidades y su resistencia física evidenciado en el test de 6 minutos de marcha, pasando de 199 metros (con 3 paradas) a 270 metros (sin pausas). La fuerza muscular aumentó basándonos en la medición con el aparato de isocinetismo, pasando a tener al final del tratamiento un mejor equilibrio de fuerzas. En cuanto al equilibrio, la escala de Berg pasó de 45/56 a 55/56 (leve riesgo de caída), así como mejora sustancial en la plataforma estabilométrica.

En definitiva, los ejercicios planteados han permitido mejorar su calidad de vida y los síntomas clínicos de la enfermedad.

Bibliografía

- 1.- Thoumie P. Actualités en rééducation des maladies neuro-musculaires de l'adulte. Paris: Springer; 2008.
- 2.- Sanson B, Stalens C, Guien C, et al. Convergence of patient- and physician-reported outcomes in the French National Registry of Facioscapulohumeral Dystrophy. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2022;17(1):96.
- 3.- Esnault J, Missaoui B, Bendaya S, et al. Isokinetic assessment of trunk muscles in facioscapulohumeral muscular dystrophy type 1 patients. Neuromuscular Disorders: NMD. 2018;28(12):996-1002.

Capítulo 16

Acretismo placentario

Plaza Arias, Beatriz

ACRETISMO PLACENTARIO

Autor: Plaza Arias, Beatriz



INTRODUCCIÓN.

El acretismo placentario es la implantación inadecuada de las vellosidades coriales. Existen tres tipos: La placenta acreta (las vellosidades coriales se adhieren al miometrio superficial por ausencia total o parcial de la decidua basal y al desarrollo irregular de la capa fibrinoide de Nitabuch), placenta increta (las vellosidades penetran todo el espesor miometrial) y placenta percreta (las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal, invadiendo órganos cercanos en especial la vejiga).

Es una enfermedad emergente con elevada morbimortalidad materna y perinatal que requiere una actuación protocolizada por un equipo interdisciplinar (ginecología, urología, hematología, intensivistas y neonatología).

Su incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años debido al incremento de cesáreas. El principal factor de riesgo es una placenta previa insertada en una cicatriz uterina (cesárea anterior), Sind. Asherman, legrados previos, radiación uterina, edad mayor de 35, fecundación in vitro y multiparidad.

El 50% de los casos son diagnosticados intraparto, la placenta no se desprende espontáneamente y se intenta desprender manualmente ocasionando hemorragia postparto masiva. Para evitarlo, es fundamental realizar un estudio ecográfico exhaustivo o recurrir a una resonancia magnética nuclear fetoplacentaria. Se debe informar previamente sobre el riesgo elevado que supone evitar histerectomía tras cesárea y optar por opciones más conservadoras que preserven la capacidad reproductiva materna.

Estudios recientes recomiendan una edad gestacional óptima en la semana 34 para evitar el proceso de parto espontáneo y la repercusión hemodinámica materna.

OBSERVACION CLINICA. Caso Clínico.

Mujer de 37 años con edad gestacional de 34 semanas acude a urgencias por metrorragia abundante y sensación de dinámica uterina.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Obesidad IMC 35 kg/m², Diabetes tipo 2, Cesárea y placenta previa en embarazo anterior. Tensión arterial 103/58 mmHg, frecuencia cardiaca 95 lpm, afebril.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ecografía abdominal 31 semanas: Placenta previa oclusiva en cara posterior ácreta, vasos aberrantes verticales, múltiples zonas de lagunas placentarias no se observa espacio anecoico miometrial a nivel de cicatriz uterina. No afectación de pared vesical.

PLAN DE ACTUACIÓN: Se avisa a servicio de anestesia, urología, ginecología, neonatología e intensivistas antes emergencia quirúrgica. Se informa exhaustivamente a la paciente de la gravedad de la situación y da su consentimiento. Activación con hematología de protocolo Hemorragia masiva. En quirófano se realiza colocación catéter doble J por urología y posteriormente cesárea (sin extracción de la placenta manual) e histerectomía abdominal subtotal. Durante la intervención se transfundieron 3 concentrados hematíes y 2 pool de plaquetas, manteniéndose hemodinámicamente estable durante toda la cirugía.

La evolución postquirúrgica fue óptima, permaneció 48h en Reanimación sin sospecha de coagulopatía y buen control del dolor. La paciente fue dada de alta al 5º día tras la cirugía y sin complicaciones. El recién nacido permaneció en UCI Neonatal durante cuatro semanas hasta que resolvió el cuadro de distrés respiratorio propio de su edad gestacional.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.

DIAGNOSTICOS NANDA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
00027. DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS r/c Pérdida activa de volumen de líquidos.	6680. Monitorización de los signos vitales. 4180. Manejo de la hipovolemia.	2511. Estado materno puerperio. 0409. Coagulación sanguínea. 251114. Eliminación urinaria.
00004. RIESGO DE INFECCIÓN r/c Procedimientos invasivos.	6540. Control de infecciones. 6550. Protección contra la infección.	1102. Curación de la herida: 1ª intención. 1908. Detección del riesgo. 1902. Control del riesgo.
00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c Poca familiaridad con los recursos para obtener información.	1800. Ayuda al autocuidado. 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5610. Enseñanza prequirúrgica.	2002. Bienestar. 1813. Conocimiento régimen terapéutico. 1803. Conocimiento: proceso de enfermedad.
00132 DOLOR AGUDO r/c Herida quirúrgica.	2210. Administración de analgésicos. 1400. Manejo del dolor.	16005. Control del dolor. 2100. Nivel de comodidad.
00146. ANSIEDAD r/c Enfermedad.	5820. Disminución de la ansiedad. 5230. Aumentar el afrontamiento.	1402. Control de la ansiedad. 1300. Aceptación del estado de salud. 1302. Superación de problemas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

El acretismo placentario es una de las emergencias obstétricas más graves y una causa principal de hemorragia postparto. En nuestro caso clínico cabe destacar el certero diagnóstico ecográfico prenatal que sirvió para anteponerse a posibles complicaciones y requerimientos asistenciales una vez cumplida la edad gestacional de nuestra paciente.

La atención de estas patologías precisa de la participación de un equipo interdisciplinar y la protocolización del procedimiento para una atención exitosa. Se optó a una histerectomía abdominal subtotal debido al importante sangrado y la decisión de la paciente de un deseo no genésico posterior.

La colocación previa a la cesárea de catéteres uretrales "doble J" es medida profiláctica para disminuir el riesgo de lesión uretral inesperada, optimizando la identificación del uréter durante la histerectomía.

La mayor parte de los casos no están documentados en ningún trabajo, por ello, si sólo tenemos en cuenta los casos publicados obtenemos una incidencia mucho menor que la real.

No debemos dejar de lado la enorme repercusión emocional que todo este proceso supone para los futuros padres.

Resumen: Es una enfermedad trofoblástica que ocasiona adherencia anormal al miometrio por ausencia total o parcial de la decidua basal y la posibilidad de invasión de las vellosidades coriales al miometrio. Supone un elevado índice de mortalidad materna debido a sus complicaciones (hemorragia, embolia de líquido amniótico, infección y coagulación intravascular diseminada). Es la primera causa de histerectomía obstétrica.

En este capítulo presento el caso clínico de una gestante diagnosticada de placenta acreta con una metrorragia abundante en la semana 34 de gestación. La evolución de la paciente y del recién nacido fue muy favorable a pesar de realizarle una histerectomía subtotal urgente.

Palabras Clave: Hemorragia postparto, Placenta acreta, Placenta previa.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El acretismo placentario es la implantación inadecuada de las vellosidades coriales. Existen tres tipos: La placenta acreta (las vellosidades coriales se adhieren al miometrio superficial por ausencia total o parcial de la decidua basal y al desarrollo irregular de la capa fibrinoide de Nitabuch), placenta increta (las vellosidades penetran todo el espesor miometrial) y placenta percreta (las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal, invadiendo órganos cercanos en especial la vejiga).

Es una enfermedad emergente con elevada morbimortalidad materna y perinatal que requiere una actuación protocolizada por un equipo interdisciplinar (ginecología, urología, hematología, intensivistas y neonatología).

Su incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años debido al incremento de cesáreas. El principal factor de riesgo es una placenta previa insertada en una cicatriz uterina (cesárea anterior), Sind. Asherman, legrados previos, radiación uterina, edad mayor de 35, fecundación in vitro y multiparidad.

El 50% de los casos son diagnosticados intraparto, la placenta no se desprende espontáneamente y se intenta desprender manualmente ocasionando hemorragia postparto masiva. Para evitarlo, es fundamental realizar un estudio ecográfico exhaustivo o recurrir a una resonancia magnética nuclear fetoplacentaria. Se debe informar previamente sobre el riesgo elevado que supone evitar histerectomía tras cesárea y optar por opciones más conservadoras que preserven la capacidad reproductiva materna.

Estudios recientes recomiendan una edad gestacional óptima en la semana 34 para evitar el proceso de parto espontáneo y la repercusión hemodinámica materna.

Observación Clínica:

Mujer de 37 años con edad gestacional de 34 semanas acude a urgencias por metrorragia abundante y sensación de dinámica uterina.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Obesidad IMC 35 kg/m², Diabetes tipo 2, Cesárea y placenta previa en embarazo anterior. Tensión arterial 103/58 mmHg, frecuencia cardiaca 95 lpm, afebril.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ecografía abdominal 31 semanas: Placenta previa oclusiva en cara posterior ácreta, vasos aberrantes verticales, múltiples zonas de lagunas placentarias no se observa espacio anecoico miometrial a nivel de cicatriz uterina. No afectación de en pared vesical.

PLAN DE ACTUACIÓN: Se avisa a servicio de anestesia, urología, ginecología, neonatología e intensivos antes emergencia quirúrgica. Se informa exhaustivamente a la paciente de la gravedad de la situación y da su consentimiento. Activación con hematología de protocolo Hemorragia masiva. En quirófano se realiza colocación catéter doble J por urología y posteriormente cesárea (sin extracción de la placenta manual) e histerectomía abdominal subtotal. Durante la intervención se transfundieron 3 concentrados hematíes y 2 pool de plaquetas, manteniéndose hemodinámicamente estable durante toda la cirugía.

La evolución postquirúrgica fue óptima, permaneció 48h en Reanimación sin sospecha de coagulopatía y buen control del dolor. La paciente fue dada de alta al 5º día tras la cirugía y sin complicaciones. El recién nacido permaneció en UCI Neonatal durante cuatro semanas hasta que resolvió el cuadro de distrés respiratorio propio de su edad gestacional.

Plan de Cuidados enfermero:

- PLAN DE CUIDADOS EN DEFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.

- DIAGNOSTICO NANDA. DEFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00027 Relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos).

- INTERVENCIONES NIC.

6680. Monitorización de los signos vitales.

4180. Manejo de la hipovolemia.

4021. Disminución de la hemorragia.

- RESULTADOS NOC.

2511. Estado materno puerperio.

0409. Coagulación sanguínea.

251114. Eliminación urinaria.

- PLAN DE CUIDADOS EN RIESGO DE INFECCIÓN.

- DIAGNOSTICO NANDA. RIESGO DE INFECCIÓN (00004 Relacionado con disminución de la hemoglobina y el conteo de plaquetas).

- INTERVENCIONES NIC.

6540. Control de infecciones.

6550. Protección contra la infección.

- RESULTADOS NOC.

1102. Curación de la herida: 1ª intención.

1908. Detección del riesgo.

1902. Control del riesgo.

- PLAN DE CUIDADOS EN CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.

- DIAGNOSTICO NANDA. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126 Relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información).

- INTERVENCIONES NIC.

1800. Ayuda al autocuidado.

5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.

5610. Enseñanza prequirúrgica.

- RESULTADOS NOC.

2002. Bienestar.

1813. Conocimiento régimen terapéutico.

1803. Conocimiento: proceso de enfermedad.

- PLAN DE CUIDADOS EN DOLOR AGUDO.

- DIAGNOSTICO NANDA. DOLOR AGUDO (00132 Relacionado con herida quirúrgica).

- INTERVENCIONES NIC.

2210. Administración de analgésicos.

1400. Manejo del dolor.

- RESULTADOS NOC.

16005. Control del dolor.

2100. Nivel de comodidad.

- PLAN DE CUIDADOS EN ANSIEDAD.

- DIAGNOSTICO NANDA. ANSIEDAD (00146 Relacionado con Enfermedad).

- INTERVENCIONES NIC.

5820. Disminución de la ansiedad.

5230. Aumentar el afrontamiento.

- RESULTADOS NOC.

1402. Control de la ansiedad.

1300. Aceptación del estado de salud.

1302. Superación de problemas.

Discusión y Conclusiones:

El acretismo placentario es una de las emergencias obstétricas más graves y una causa principal de hemorragia postparto. En nuestro caso clínico cabe destacar el certero diagnóstico ecográfico prenatal que sirvió para anteponerse a posibles complicaciones y requerimientos asistenciales una vez cumplida la edad gestacional de nuestra paciente.

La atención de estas patologías precisa de la participación de un equipo interdisciplinar y la protocolización del procedimiento para una atención exitosa.

Se optó a una histerectomía abdominal subtotal debido al importante sangrado y la decisión de la paciente de un deseo no genésico posterior.

La colocación previa a la cesárea de catéteres uretrales “doble J” es medida profiláctica para disminuir el riesgo de lesión uretral inesperada, optimizando la identificación del uréter durante la histerectomía.

La mayor parte de los casos no están documentados en ningún trabajo, por ello, si sólo tenemos en cuenta los casos publicados obtenemos una incidencia mucho menor que la real.

No debemos dejar de lado la enorme repercusión emocional que todo este proceso supone para los futuros padres.

Bibliografía

1.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos asistenciales en obstetricia. Acretismo placentario [acceso el 19 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.sego.es>

2.- Álvarez Silvares E, Canedo Carballeira EM, Dueñas Carazo MB, Aguiar Couto R, Álvarez Menéndez L, Martínez Martínez O et al. Encuesta Perinatal de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología 2010-2011. Prog Obstet Ginecol 2014;57(3):109-6.

•3.- Bulechek, Dochterman J, Butcher, Wagner C, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 6th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.

Capítulo 17

Actuación enfermera en el fallo hepático

*Alcaraz García, Beatriz
Onieva Sicilia, Amparo*

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL FALLO HEPÁTICO FULMINANTE

SATSE

INTRODUCCIÓN:

El Fallo Hepático Fulminante (FHF) es un proceso grave caracterizado por daño hepatocelular; desarrollando encefalopatía junto a coagulopatía en ausencia de enfermedad hepática previa. La supervivencia con el trasplante hepático oscila entre el 50-70%. Su etiología es muy variada

OBJETIVOS:

1. Conocer los principales síntomas del FHF.
2. Prevenir sus causas.
3. Proporcionar los cuidados de enfermería en los pacientes en UCI.

METODOLOGÍA:

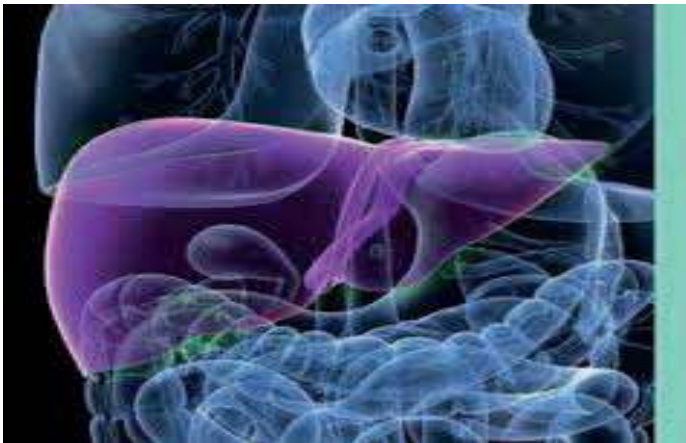
Se trata de una Revisión Bibliográfica sobre el FHF en bases de datos como PubMed, Cuiden, Cochrane, Medline y Scielo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Malestar general, astenia y alteraciones digestivas
- Ictericia
- Encefalopatía hepática
- Edema cerebral.
- Taquipnea

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL FHF:

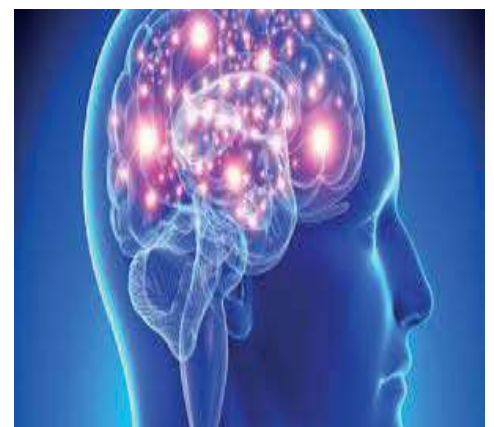
· Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias como analítica, ecografía abdominal y biopsia



El **tratamiento** de elección en el FHF N-Acetilcisteína, dopamina, lactitol, depresores del SNC, dieta hipoproteica, hemoderivados e inhibidores H2.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valorar alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
 - Revisar el estado neurológico.
 - Valorar etapas de encefalopatía.
 - Realizar escala de Glasgow.
 - Observar factores de riesgo.
 - Evitar administrar fármacos que disminuyan el nivel de conciencia.
 - Controlar hemorragias y sangre oculta en heces
 - Valorar signos de infección
 - Aliviar el dolor y valorar estado nutricional



CONCLUSIONES

Esta revisión juega un papel importante en la labor desempeñada por los profesionales de enfermería a la hora de administrar los mejores cuidados a aquellos pacientes acusados de Fallo Hepático Fulminante



Resumen: El Fallo Hepático Fulminante (FHF) es un proceso grave que se caracteriza por daño hepatocelular, encefalopatía y coagulopatía, con ausencia de enfermedad hepática previa. Hay reversibilidad en el cuadro o fracaso multiorgánico. Esta patología se clasifica en en relación con la instauración de la encefalopatía en: fulminante, subfulminante y de comienzo tardío.

En los casos más graves la supervivencia se logra gracias a un trasplante hepático, auxiliar o bioartificial. su etiología puede ser vírica, por fármacos y tóxicos u otros.

Los cuidados de enfermería van orientados al proceso de atención para la determinación y control del cuadro constitucional y aparición de la ictericia.

Palabras Clave: Fracaso hepático, Encefalopatía, Ictericia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Fallo Hepático Fulminante (FHF) es un proceso grave caracterizado por daño hepatocelular; desarrollando encefalopatía junto a coagulopatía en ausencia de enfermedad hepática previa. Implica reversibilidad, y en los casos de más graves, mortalidad elevada, en torno al 30-90%.

Esta enfermedad se clasifica en fulminante cuando la ictericia aparece entre la 2-8 semana; o de comienzo tardío cuando ésta se inicia entre 8-28 semanas.

La supervivencia con el trasplante hepático oscila entre el 50-70%. Según su etiología, entre el 15-40% no se descubre la causa; siendo la más frecuente la vírica, la cual supone un 50-70%. La más agresiva se plantea cuando concurren el virus de la Hepatitis B con el virus de la Hepatitis D.

Los fármacos y tóxicos suponen entre 20-30%. El fármaco más habitual es el paracetamol entre 150-500mg/hkg vo. Otras causas que también es común encontrar son la esteatosis grasa del embarazo y enfermedad de Wilson con cirrosis de base.

Objetivos:

- Conocer los principales síntomas del Fallo Hepático Fulminante.
- Prevenir las causas que conlleva el FHF.
- Proporcionar cuidados de enfermería en los pacientes en Cuidados Intensivos.

Material y Métodos:

Se trata de una revisión bibliográfica en la que se realiza una búsqueda intensiva a través de las principales investigaciones y estudios más relevantes sobre el FHF. Para ello, se han consultado las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, Cuiden, Scielo y Cochrane.

Resultados:

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Inicialmente, aparece malestar general, astenia y alteraciones digestivas. Hay un desequilibrio de la lesión hepática y capacidad de regeneración del hígado. Posteriormente, surge ictericia que conlleva a encefalopatía hepática; que es el síntoma fundamental del FHF, con somnolencia leve y bradipsiquia hasta coma profundo.

El edema cerebral es la principal causa de muerte en estos pacientes. La coagulopatía produce alteración de la hemostasia. Hemodinámicamente, se caracteriza por vasodilatación.

A nivel respiratorio, destacan la taquipnea e infecciones bacterianas afectando a las vías respiratorias.

Las complicaciones renales son las de peor pronóstico.

DIAGNÓSTICO:

Dicha patología se diagnostica a través de una anamnesis estableciendo su origen; el cual presenta un cuadro constitucional seguido de ictericia. Son factores pronósticos del fallo hepático apareciendo encefalopatía.

En la exploración física, se tendrán en cuenta la piel y mucosas y estado mental y en las exploraciones complementarias, se realizan pruebas de laboratorio en las que se detectan un aumento de transaminasas y bilirrubina y disminución de las plaquetas; ecografía abdominal y biopsia.

TRATAMIENTO:

Se va a administrar N- Acetilcisteína y Dopamina. En la encefalopatía hepática; lactitol, no depresores de SNC, dieta hipoproteica, Manitol 20% y en la coagulopatía; hemoderivados e inhibidores H2.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Monitorizar al paciente.
- Valorar alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Revisar el estado neurológico.
- Valorar etapas de encefalopatía.
- Realizar escala de Glasgow.
- Observar factores de riesgo.
- Evitar administrar fármacos que disminuyan el nivel de conciencia.
- Controlar hemorragias y Sangre oculta en heces.
- Canalizar Vía venosa periférica y central y extracción sanguínea.
- Valorar signos de infección.
- Controlar balance hidroelectrolítico
- Valorar estado nutricional e integridad cutánea.

- Proporcionar apoyo respiratorio
- Aliviar el dolor.

Conclusiones:

Esta revisión juega un papel importante en la labor desempeñada por los profesionales de enfermería a la hora de administrar los mejores cuidados a aquellos pacientes acusados de Fallo Hepático Fulminante.

La actualización de conocimientos debe suponer un eslabón más en la buena praxis enfermera y para ello, es primordial examinar las últimas investigaciones y estudios más recientes.

Bibliografía

1.- Mayo Ossorio, M. A; Pacheco García, J. M; Pérez Gomar, D; Bazán Hinojo,C; Vílchez López, F; Aguilar Diosdad, M; Fernández Serrano, J. L. Fallo hepático fulminante a largo plazo en pacientes sometidos a bypass gástrico por obesidad mórbida. Nutrición Hospitalaria, vol. 32, núm. 1, 2015, pp. 430-434.

2.- Selfa-Muñoz,A; Padilla-Ávila,F; Chamorro-Benítez, S. Insuficiencia hepática aguda. RAPD ONLINE VOL. 41

3.- Dres. A. M. Speranza, C. Fernández, R. Debbag, D. Bes, C. Sarkis, C. Torroija, M. Ciocca. Fallo Hepático Fulminante por Hepatitis A. Medicina Infantil 2003; X: 208 - 212

Capítulo 18

Actuaciones de enfermería en la prevención de errores de lateralidad en quirófano fulminante.

Rodríguez Medina, Leticia María

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE LATERALIDAD EN QUIRÓFANO

Rodríguez Medina, Leticia María – Graduada en Enfermería – Hospital Alto Guadalquivir (Andújar)



INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos en el sitio incorrecto del paciente son en gran parte resultado de falta de información y una mala comunicación entre el equipo quirúrgico. La existencia de herramientas internas que aseguren la correcta identificación en los procesos asistenciales constituye un proceso transversal en toda la institución y por lo tanto involucra a todo el personal asistencial que participa activamente, siendo rol de enfermería verificar previamente el tipo de intervención junto con la zona a intervenir, manteniendo la seguridad del paciente en todo el proceso quirúrgico.

SATSE

OBJETIVOS

Identificar estrategias de mejora por parte de enfermería que eviten la posibilidad de errar en las distintas fases del procedimiento.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre estrategias para mejorar y prevenir errores de lateralidad en quirófono por parte de enfermería. Se consultaron diferentes bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, cuinden plus y Scopus). Se limitó la búsqueda al intervalo 2017-2022. Se utilizaron descriptores en español (“evento adverso”, “error de lado” “enfermería”, “prevención”, “quirófono”, “estrategias”). Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen las principales estrategias a seguir para prevenir eventos adversos de lateralidad en el quirófono; 2) Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; 3) Con acceso a texto completo; 4) Escritos en español. De un total de 40 publicaciones, tras eliminar artículos duplicados y revisar a texto completo los que cumplían criterios de inclusión, fueron seleccionados 3.

RESULTADOS



Los factores de riesgo identificados para el error del sitio quirúrgico son: Intervenciones quirúrgicas de urgencia; Cirugías múltiples y simultáneas sobre un paciente a cargo de diferentes especialistas; Procedimientos múltiples a cargo de un mismo equipo sobre el mismo paciente (por ejemplo, sobre los pacientes politraumatizados); Obesidad y deformidades de los pacientes; Falta de familiaridad con el equipamiento que se va a utilizar.



La mejor evidencia científica para evitar estos errores y que enfermería puede actuar, es la elaboración de dípticos informativos acerca del marcaje del sitio quirúrgico, para su difusión por los distintos servicios quirúrgicos donde quede a la vista de todos los profesionales que intervienen en el proceso.



En el preoperatorio, La National Patient Safety Agency (NPSA) y el Royal College of Surgeons of England (RCS) recomiendan el marcado pre-operatorio para indicar claramente el área prevista para procedimientos de cirugía programada: Cómo marcar; Dónde marcar; Quién marca; Con quién marcar; Tiempo y lugar; Verificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermera, P. E. P. (2021). Indicaciones y justificación para la atención preoperatoria. *Procedimientos de enfermería clínica*, 17(5), 207.
2. Gonzales Crisóstomo, G. P. (2021). Nivel de cumplimiento de aplicación de lista de verificación de seguridad de cirugía en centro quirúrgico.
3. León Lima, Y. D. (2020). Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación por el personal de enfermería de centro quirúrgico de una clínica privada, Lima 2020.

CONCLUSIONES

Es importante que las medidas de prevención de cirugía en sitio erróneo se incluyan de forma oficial en la organización de todas las unidades quirúrgicas y no sean sólo una opción personal de cada profesional participante del proceso, asegurando la implicación de diferentes profesionales de los diversos estamentos que componen el equipo quirúrgico. Estos conceptos deben formar parte de la formación de los residentes y estudiantes de enfermería. Los protocolos para la prevención de la cirugía del lado erróneo atribuyen al paciente parte de la responsabilidad, implicándolo en el proceso de marcaje del sitio quirúrgico. Los indicadores de calidad deben revisarse periódicamente con el fin de poder establecer acciones de mejora cuando se sobrepase el límite de aceptabilidad.

Resumen: *Introducción: Los procedimientos en sitios incorrectos son en gran parte resultado de una falta de información y mala comunicación por parte del equipo quirúrgico. Objetivo: Identificar estrategias de enfermería para la prevención de errores de lateralidad en quirófano. Material y métodos: Revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, con límite de publicación de cinco años. Resultados: La mejor evidencia se basa en el marcaje de la zona a intervenir antes de iniciar la intervención junto con la ayuda de dípticos informativos para todo el personal. Conclusiones: Enfermería debe mantener la seguridad del paciente en todo momento.*

Palabras Clave: *Enfermería, Quirófano, Error Quirúrgico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los procedimientos quirúrgicos en el sitio incorrecto del paciente son en gran parte resultado de falta de información y una mala comunicación entre el equipo quirúrgico. La existencia de herramientas internas que aseguren la correcta identificación en los procesos asistenciales constituye un proceso transversal en toda la institución y por lo tanto involucra a todo el personal asistencial que participa activamente, siendo rol de enfermería verificar previamente el tipo de intervención junto con la zona a intervenir, manteniendo la seguridad del paciente en todo el proceso quirúrgico.

Objetivos:

Identificar estrategias de mejora por parte de enfermería que eviten la posibilidad de errar en las distintas fases del procedimiento.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre estrategias para mejorar y prevenir errores de lateralidad en quirófano por parte de enfermería. Se consultaron diferentes bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cuiden plus y Scopus). Se limitó la búsqueda al intervalo 2017-2022. Se utilizaron descriptores en español (“evento adverso”, “error de lado”, “enfermería”, “prevención”, “quirófano”, “estrategias”). Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen las principales estrategias a seguir para prevenir eventos adversos de lateralidad en el quirófano; 2) Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; 3) Con acceso a texto completo; 4) Escritos en español. De un total de 40 publicaciones, tras eliminar artículos duplicados y revisar a texto completo los que cumplían criterios de inclusión, fueron seleccionados 3.

Resultados:

Entre los factores de riesgo identificados para el error del sitio quirúrgico son: Intervenciones quirúrgicas de urgencia; Cirugías múltiples y simultáneas sobre un paciente a cargo de diferentes especialistas; Procedimientos múltiples a cargo de un mismo equipo sobre el mismo paciente (en

Cirugía Ortopédica y Traumatología, por ejemplo, sobre los pacientes politraumatizados); Obesidad y deformidades de los pacientes (dificultando la identificación de la zona que se debe intervenir); Falta de familiaridad con el equipamiento que se va a utilizar.

En los artículos encontrados, la mejor evidencia científica para evitar estos errores y que enfermería puede actuar, es la elaboración de dípticos informativos acerca del marcaje del sitio quirúrgico, para su difusión por los distintos servicios quirúrgicos donde quede a la vista de todos los profesionales que intervienen en el proceso. En el preoperatorio, La National Patient Safety Agency (NPSA) y el Royal College of Surgeons of England (RCS) recomiendan el marcado pre-operatorio para indicar claramente el área prevista para procedimientos de cirugía programada: Cómo marcar; Dónde marcar; Quién marca; Con quién marcar; Tiempo y lugar; Verificación.

Antes de la puesta en marcha e implementación de las estrategias de mejora, se debe obtener la aprobación del contenido por parte de la Comisión Central de Calidad del hospital. Por otra parte, se establece con los responsables de calidad de cada unidad quirúrgica, la inclusión de información sobre errores de lateralidad en las distintas sesiones formativas impartidas al personal de dichas unidades y en relación a la seguridad del paciente.

Conclusiones:

Es importante que las medidas de prevención de cirugía en sitio erróneo se incluyan de forma oficial en la organización de todas las unidades quirúrgicas y no sean sólo una opción personal de cada profesional participante del proceso, asegurando la implicación de diferentes profesionales de los diversos estamentos que componen el equipo quirúrgico. Estos conceptos deben formar parte de la formación de los residentes y estudiantes de enfermería. Los protocolos para la prevención de la cirugía del lado erróneo atribuyen al paciente parte de la responsabilidad, implicándolo en el proceso de marcaje del sitio quirúrgico. Los indicadores de calidad deben revisarse periódicamente con el fin de poder establecer acciones de mejora cuando se sobrepase el límite de aceptabilidad.

Bibliografía

- 1.- Enfermera, P. E. P. (2021). Indicaciones y justificación para la atención preoperatoria. Procedimientos de enfermería clínica, 17(5), 207.
- 2.- Gonzales Crisóstomo, G. P. (2021). Nivel de cumplimiento de aplicación de lista de verificación de seguridad de cirugía en centro quirúrgico.
- 3.- León Lima, Y. D. (2020). Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación por el personal de enfermería de centro quirúrgico de una clínica privada, Lima 2020.

Capítulo 19

Actualización en cuidados al neonato con sonda replogle.

Vela Meco, Cristina

ACTUALIZACIÓN EN CUIDADOS AL NEONATO CON SONDA REPLOGLÉ.

Autora: Cristina Vela Meco

SATSE

INTRODUCCIÓN:

La atresia de esófago es una malformación congénita producida por un error en la división y separación del intestino primitivo. Presenta una incidencia de 1/4500 recién nacidos vivo. Se asocia a prematuridad. En ocasiones se diagnostica de forma prenatal (Polihidramnios) o postnatal a través de signos y síntomas como sialorrea asociada a crisis de atragantamiento, tos, disnea y cianosis. El diagnóstico definitivo será radiológico.

Requiere tratamiento quirúrgico. La sonda Replogle de aspiración continua es esencial en el tratamiento preoperatorio con el fin de disminuir la aspiración de saliva y otras complicaciones como la neumonitis química.

OBJETIVOS:

- ✦ Definir la atención de enfermería en los cuidados en neonatos con sonda de aspiración continua Replogle.4



MATERIAL Y MÉTODO:

- † Tipo de revisión: Revisión bibliográfica.
- † Fuente: Bases de datos: Pubmed, Scielo, Google académico, y UpToDate.
- † Estrategia de búsqueda:
-DeCS: "Atresia esofágica", "Atención de Enfermería", "Succión".
- † Operador booleano: "AND".
- † Criterios inclusión: Años 2012-2022. Idioma: Inglés o español
- † Criterios exclusión: Tema no incluido en la revisión. Adultos.

RESULTADOS:

✦ Colocación de la sonda:

- Establecer la longitud del esófago con la sonda Replogle. Pasar la sonda, a través de una de las carinas hasta notar resistencia (llegada al bolsón esofágico), retirando 0,5 cm hacia fuera y fijando la sonda.
- Registro de fecha y longitud introducida.

✦ Cuidados de Enfermería:

- La sonda Replogle consta de dos luces, una de ellas destinada a la aspiración continua de secreciones con una presión de 60 y -80mmHg y otra luz destinada a la infusión continua de suero salino fisiológico al 0,9% (SSF).
- Vigilancia estricta de la aspiración y permeabilidad de la sonda Replogle y resto del sistema.
- Si obstrucción de la sonda Replogle se deberá:
 - Comprobar funcionamiento del sistema de succión.
 - Se podrá realizar un lavado manual con una cantidad de entre 0,5-1 ml de SSF 0,9%. Sino se resuelve aspirar manualmente.
 - Valorar incremento de la presión de succión puntualmente.
 - Reemplazar sonda Replogle si las medidas anteriores fracasan.
- Mantener al neonato en posición decúbito supino a 30º y 45º. Cabeza en línea media.
- Vigilancia cardiorrespiratoria continua. Mantener al neonato en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o Pediátrica (UCIN/UCIP)
- Cambiar sistema de aspiración y cubeta cada 24 horas.
- Se recomienda cambio de la sonda Replogle cada 4 días, registrando posteriormente.
- Mantener tranquilo al neonato, evitando el llanto para impedir microaspiraciones, distensión gastrointestinal o reflujo gástrico.
- Evitar la aparición de UPP o lesiones cutáneas. Valoración por turno.
- Implicar a los padres en el cuidado del neonato
- Apoyo emocional.

CONCLUSIONES:

La atención de Enfermería a los neonatos con atresia de esófago resulta de vital importancia tanto en el tratamiento prequirúrgico como postquirúrgico. La utilización de la sonda Replogle constituye un recurso sencillo que puede ayudar a prevenir complicaciones potenciales graves en estos pacientes por ello es necesario entrenar y adiestrar a las enfermeras de las UCIN/UCIP en el manejo y cuidados de este dispositivo tan importante en el manejo de esta patología congénita.

Resumen: La atresia de esófago es una malformación congénita que genera importantes problemas respiratorios al neonato, presentando una incidencia de 1/4500 recién nacidos vivos.

Los neonatos afectados requieren cuidados en Unidades de Cuidados Intensivos habitualmente.

El tratamiento es quirúrgico, pero hasta la cirugía es esencial evitar complicaciones como la aspiración de secreciones y la neumonitis química. Para ello será necesaria la utilización de la sonda Replogle, que consiste en un tubo de doble luz que administra un lavado continuo además de aspiración continua de secreciones requiriendo este dispositivo observación y cuidados enfermeros constantes.

Palabras Clave: Atresia esofágica, Atención de Enfermería, Succión

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La atresia de esófago es una malformación congénita producida por un error en la división y separación del intestino primitivo. Presenta una incidencia de 1/4500 recién nacidos vivo. Se asocia a prematuridad. En ocasiones se diagnóstica de forma prenatal (Polihidramnios) o postnatal a través de signos y síntomas como sialorrea asociada a crisis de atragantamiento, tos, disnea y cianosis. El diagnóstico definitivo será radiológico.

Requiere tratamiento quirúrgico. La sonda Replogle de aspiración continua es esencial en el tratamiento preoperatorio con el fin de disminuir la aspiración de saliva y otras complicaciones como la neumonitis química.

Objetivos:

Definir la atención de enfermería en los cuidados en neonatos con sonda de aspiración continua Replogle.

Material y Métodos:

- Tipo de revisión: Revisión bibliográfica.
- Fuente: Bases de datos: Pubmed, Scielo, Google académico, y UpToDate.
- Estrategia de búsqueda:
-DeCS: "Atresia esofágica", "Atención de Enfermería", "Succión".
- Operador booleano: "AND".
- Criterios inclusión: Años 2012-2022. Idioma: inglés o español
- Criterios exclusión: Artículos repetidos, tema no incluido en la revisión.

Resultados:

Colocación de la sonda:

- Establecer la longitud del esófago con la sonda Replogle. Pasar la sonda, a través de una de las carinas hasta notar resistencia (llegada al bolsón esofágico), retirando 0,5 cm hacia fuera y fijando la sonda.

- Registro de fecha y longitud introducida.

Cuidados de Enfermería:

- La sonda Replogle consta de dos luces, una de ellas destinada a la aspiración continua de secreciones con una presión de 60 y -80mmHg y otra luz destinada a la infusión continua de suero salino fisiológico al 0,9% (SSF).

- Vigilancia estricta de la aspiración y permeabilidad de la sonda Replogle y resto del sistema.

- Si obstrucción de la sonda Replogle se deberá:

- Comprobar funcionamiento del sistema de succión.

- Se podrá realizar un lavado manual con una cantidad de entre 0,5-1 ml de SSF 0,9%.

Sino se resuelve aspirar manualmente.

- Valorar incremento de la presión de succión puntualmente

- Reemplazar sonda Replogle si las medidas anteriores fracasan.

- Mantener al neonato en posición decúbito supino a 30º y 45º. Cabeza en línea media.

- Vigilancia cardiorrespiratoria continua. Mantener al neonato en una Unidad de Cuidados Intensivos.

- Cambiar sistema de aspiración y cubeta cada 24 horas.

- Se recomienda cambio de la sonda Replogle cada 4 días, registrando posteriormente.

- Mantener tranquilo al neonato, evitando el llanto para impedir microaspiraciones, distensión gastrointestinal o reflujo gástrico.

- Evitar la aparición de UPP o lesiones cutáneas. Valoración por turno.

- Implicar a los padres en el cuidado del neonato

- Apoyo emocional.

Conclusiones:

La atención de Enfermería a los neonatos con atresia de esófago resulta de vital importancia tanto en el tratamiento prequirúrgico como postquirúrgico. La utilización de la sonda Replogle constituye un recurso sencillo que puede ayudar a prevenir complicaciones potenciales graves en estos pacientes por ello es necesario entrenar y adiestrar a las enfermeras de las UCIN/UCIP en el manejo y cuidados de este dispositivo tan importante en el manejo de esta patología congénita. de aceptabilidad.

Bibliografía

- 1.- Maldonado J, Royo Y, Pueyo C, Skrabski R, Crosta ID. Urgencias quirúrgicas en la vía digestiva. :7.
- 2.- Atresia esofágica - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [cited 2022 May 11]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/atresia-esof%C3%A1gica>
- 3.- Gastroesophageal reflux in premature infants - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Apr 13]. Available from: https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/gastroesophageal-reflux-in-premature-infants?search=sonda%20replogle&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
- 4.- Prenatal diagnosis of esophageal, gastrointestinal, and anorectal atresia - UpToDate [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/prenatal-diagnosis-of-esophageal-gastrointestinal-and-anorectal-atresia?search=atresia%20de%20esofago%20cuidados%20de%20enfermeria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. - Julie-Ann Milbery et al., GOSH Protocol for the Care of Replogle Tube, (London: GOSH, 2017). Última revisión noviembre 2017.

Capítulo 20

Agresiones a sanitarios, un problema que no debe ser invisible.

*Nieto Aparicio, Saúl
Cantero Rivero, Virginia
Sánchez-Camacho González-Carrato, María José
Cantero Rivero, José Carlos
Chaparro Galán, Miriam*

AGRESIONES A SANITARIOS, UN PROBLEMA QUE NO DEBE SER INVISIBLE

INTRODUCCIÓN

La violencia en el ámbito laboral está cada vez más presente en nuestra sociedad, convirtiéndose en un problema de índole universal, especialmente, en el sector sanitario, suponiendo el 25% de los casos totales notificados.

Además, el 50% de los profesionales sanitarios refieren haber sido objeto de algún tipo de incidente violento en el transcurso de su vida laboral.

La violencia genera graves consecuencias en la persona que la sufre, pudiendo llegar a ocasionar lesiones físicas, inhabilitación, trauma psicológico, estrés, ansiedad, síndrome de burnout, aislamiento, falta de motivación y baja autoestima entre otros.

Resulta muy complicado disponer de información completa sobre las agresiones que se producen, ya que solo una minoría de los casos son registrados. Esto dificulta el esclarecimiento de la realidad sobre esta problemática.

Una de las causas puede deberse a la escasez de formación recibida de un alto porcentaje de profesionales en materia preventiva de este tipo de sucesos y a la falta de conocimiento del protocolo a seguir ante un incidente violento.

OBJETIVOS

Actualizar y revisar la literatura científica disponible acerca de las características de las agresiones sufridas por trabajadores del sector sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática de los distintos estudios existentes en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Cuiden.

Palabras clave: health personnel - personal sanitario, workplace violence - violencia laboral, aggression - agresión. Todos ellos pertenecen a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Criterios de inclusión:

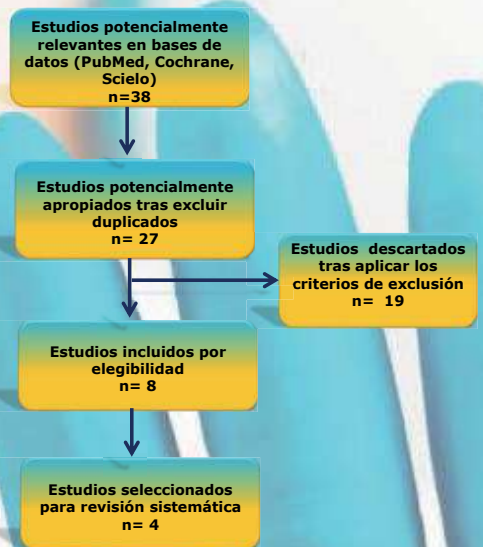
- Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas que analizaban las características de las agresiones sufridas por el personal sanitario durante el desarrollo de su actividad laboral.
- Según el tipo de participantes: personal sanitario que durante el ejercicio de su actividad profesional ha sufrido cualquier tipo de agresión ya sea física, psíquica o de cualquier otra índole que pueda perjudicar su salud en cualquier esfera.
- Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2016 en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Estudios anteriores al año 2016.
- Estudios en idiomas diferentes al inglés y castellano.
- No estar directamente relacionado con la violencia laboral que se produce en centros sanitarios.

AUTORES

1. SAUL NIETO APARICIO
2. VIRGINIA CANTERO RIVERO
3. MARIA JOSE SANCHEZ-CAMACHO GONZALEZ-CARRATO
4. JOSE CARLOS CANTERO RIVERO
5. MIRIAM CHAPARRO GALAN



RESULTADOS

- En el estudio de 2016 de Chagoyen T et al, se tuvo en consideración la violencia percibida en los últimos años diferenciando a los profesionales por sexo, resultando una diferencia notable entre las agresiones sufridas por mujeres (68,5%) y (31,5%) por hombres.
- En la mayoría de los estudios seleccionados la principal causa de las agresiones fueron las demoras y tiempos de espera, sin embargo, en Toro T et al (2016) el motivo más frecuente resultó ser la disconformidad con la asistencia recibida.
- En el estudio de San Segundo M et al (2019) se observó que los enfermeros fueron el personal más agredido en atención especializada mientras que en atención primaria fueron los médicos.
- En Serrano I et al (2018) se observó que la mayoría de las agresiones hacia los médicos y enfermeras resultaron ser verbales, en contraposición con las auxiliares de enfermería que recibieron más agresiones físicas. Se observó mayor frecuencia de agresiones físicas en atención especializada y verbales en atención primaria.

CONCLUSIONES

Las agresiones que se producen tienden a seguir un mismo patrón, siendo mayormente verbales, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas. En la mayoría de los casos los agresores fueron hombres, mientras que en lo referente a los profesionales agredidos fueron mayoritariamente mujeres.

Entre las principales causas, encontramos los tiempos de espera y en menor medida la disconformidad con la atención recibida.

También se comprobó que la frecuencia de agresiones físicas es mayor en la atención especializada respecto a la atención primaria donde predominan las verbales.

Por otra parte, en pocas ocasiones se llevó a cabo el registro del incidente.

Dada la magnitud e incremento de estos eventos en los últimos años, resulta necesaria la implementación de un sistema de registro menos subjetivo y más accesible, que favorezca el acceso a una muestra más amplia y que aumente la calidad de la evidencia de los estudios de investigación.

Resumen: Debido al aumento de la magnitud del problema de la violencia en el ámbito sanitario en los últimos años y a las importantes consecuencias que afectan directamente a la salud de los trabajadores del sector sanitario agredidos, se plantea esta revisión sistemática, cuyo objetivo es evaluar sus características más relevantes, analizando la literatura científica más actualizada disponible sobre las agresiones al personal sanitario.

Palabras Clave: Health personnel, Personal sanitario, Workplace violence, Violencia laboral. (DeCS), Agression - Agresión. (DeCS)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La violencia en el ámbito laboral está cada vez más presente en nuestra sociedad, convirtiéndose en un problema de índole universal, especialmente, en el sector sanitario, suponiendo el 25% de los casos totales notificados.

Además, el 50% de los profesionales sanitarios refieren haber sido objeto de algún tipo de incidente violento en el transcurso de su vida laboral.

La violencia genera graves consecuencias en la persona que la sufre, pudiendo llegar a ocasionar lesiones físicas, inhabilitación, trauma psicológico, estrés, ansiedad, síndrome de burnout, aislamiento, falta de motivación y baja autoestima entre otros.

Resulta muy complicado disponer de información completa sobre las agresiones que se producen, ya que solo una minoría de los casos son registrados. Esto dificulta el esclarecimiento de la realidad sobre esta problemática.

Una de las causas puede deberse a la escasez de formación recibida de un alto porcentaje de profesionales en materia preventiva de este tipo de sucesos y a la falta de conocimiento del protocolo a seguir ante un incidente violento.

Objetivos:

Actualizar y revisar la literatura científica disponible acerca de las características de las agresiones sufridas por trabajadores del sector sanitario..

Material y Métodos:

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática de los distintos estudios existentes en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo y Cuiden.

Palabras clave: health personnel - personal sanitario, workplace violence - violencia laboral, aggression - agresión. Todos ellos pertenecen a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Palabras clave: violencia laboral, agresión, personal sanitario.

Criterios de inclusión:

- Según diseño de los estudios: revisiones sistemáticas que analizaban las características de las agresiones sufridas por el personal sanitario durante el desarrollo de su actividad laboral.
- Según el tipo de participantes: personal sanitario que durante el ejercicio de su actividad profesional ha sufrido cualquier tipo de agresión ya sea física, psíquica o de cualquier otra índole que pueda perjudicar su salud en cualquier esfera.
- Según fecha de publicación e idioma: Estudios incluidos publicados a partir del año 2016 en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Estudios anteriores al año 2016.
- Estudios en idiomas diferentes al inglés y castellano.
- No estar directamente relacionado con la violencia laboral que se produce en centros sanitarios.

Resultados:

- En el estudio de 2016 de Chagoyen T et al, se tuvo en consideración la violencia percibida en los últimos años diferenciando a los profesionales por sexo, resultando una diferencia notable entre las agresiones sufridas por mujeres (68,5%) y (31,5%) por hombres.
- En la mayoría de los estudios seleccionados la principal causa de las agresiones fueron las demoras y tiempos de espera, sin embargo, En Toro T et al (2016) el motivo más frecuente resultó ser la disconformidad con la asistencia recibida.
- En el estudio de San Segundo M et al (2017) se observó que los enfermeros fueron el personal más agredido en atención especializada mientras que en atención primaria fueron los médicos.
- En Serrano I et al (2018) se observó que la mayoría de las agresiones hacia los médicos y enfermeras resultaron ser verbales, en contraposición con las auxiliares de enfermería que recibieron más agresiones físicas. Se observó mayor frecuencia de agresiones físicas en atención especializada y verbales en atención primaria.

Conclusiones:

Las agresiones que se producen tienden a seguir un mismo patrón, siendo mayormente verbales, acompañadas en numerosas ocasiones de amenazas. En la mayoría de los casos los agresores fueron hombres, mientras que en lo referente a los profesionales agredidos fueron mayoritariamente mujeres.

Entre las principales causas, encontramos los tiempos de espera y en menor medida la disconformidad con la atención recibida.

También se comprobó que la frecuencia de agresiones físicas es mayor en la atención especializada respecto a la atención primaria donde predominan las verbales.

Por otra parte, en pocas ocasiones se llevó a cabo el registro del incidente.

Dada la magnitud e incremento de estos eventos en los últimos años, resulta necesaria la implementación de un sistema de registro menos subjetivo y más accesible, que favorezca el acceso a una muestra más amplia y que aumente la calidad de la evidencia de los estudios de investigación.

Bibliografía

1.- Chagoyen Barroso Tatiana. Violencia laboral externa en el ámbito de urgencias generales del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Med. segur. trab. [Internet]. 2016 Mar [citado 2022 Mayo12]; 62(242): 25-48.

2.- Rincón-del Toro Teresa, Villanueva-Guerra Adela, Rodríguez-Barrientos Ricardo, Polentinos-Castro Elena, Torijano-Castillo M^a José, de Castro-Monteiro Emilia et al. Aggressions towards Primary Health Care Workers in Madrid, Spain, 2011-2012. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2022 Mayo12]; 90: e40020.

3.- Serrano Vicente María Isabel, Fernández Rodrigo María Teresa, Satústegui Dordá Pedro José, Urcola Pardo Fernando. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. Rev. Esp.SaludPublica [Internet].2019 [citado 2022 Mayo 12];93:e201910097.

4.- San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriz MÁ. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014) [A comparative study of aggression towards Primary Care and Hospital Health professionals in a Madrid health area (2009-2014)]. Semergen. 2017 Mar;43(2):85-90. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2016.03.017. Epub 2016 May 4. PMID: 27156231.

Capítulo 21

Alzheimer, la epidemia del siglo XXI

*Eiranova Diez, Paloma Rosa
Marcos Gómez, Cristina
Eiranova Diez, Blanca*

ALZHEIMER, LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI

Paloma Rosa Eiranova Díez, Cristina Marcos Gómez, Blanca Eiranova Díez
XIII Congreso de Investigación Satse Ciudad Real

SATSE

Introducción

El Alzheimer es la forma más común de demencia afectando actualmente a más de 55 millones de personas en el mundo y se espera que se duplique cada 20 años, llegando a 152 millones en el año 2050.

Se barajan varias hipótesis como probable causa desencadenante, habiendo una fuerte evidencia de que podría tratarse de un nuevo tipo de diabetes, la diabetes tipo 3, ya que se ha descubierto una proteína tóxica en el cerebro de los enfermos de Alzheimer que mueve los receptores de la insulina de la membrana de las neuronas, volviéndose éstas resistentes a la insulina.

La Universidad de Cambridge ha realizado recientemente un estudio en el que concluye que casi un tercio de los casos de Alzheimer podrían evitarse con unos hábitos de vida saludables.

Otra investigación liderada por el CSIC en España ha demostrado que los cambios en la estructura y la conectividad de las neuronas del hipocampo, relacionadas con la memoria, son reversibles en un modelo de ratón. El trabajo, publicado en la revista *Molecular Psychiatry*, concluye que un 'enriquecimiento ambiental' (ejercicio físico, estimulación cognitiva e interacción social) puede devolver a estas neuronas afectadas su estructura original.

Objetivo

Fomentar hábitos de vida saludables que mantengan los niveles de glucosa en rangos adecuados así como educar en un protocolo de 'enriquecimiento ambiental' protector y regenerador de la estructura de la conectividad de la neurona.

Material y método

Revisión retrospectiva de estudios bibliográficos de base poblacional para valorar la ocurrencia de enfermedad de Alzheimer y aclarar sus determinantes causales y de prevención.

Resultados

Según los ensayos revisados, las bacterias intestinales influyen en el funcionamiento del cerebro y promueven la neurodegeneración o la neuroprotección en base al tipo de bacterias constituyentes de nuestro microbioma, el cual depende del tipo de alimentación y el nivel de actividad. Este efecto sobre el sistema nervioso lo ejercen directa e indirectamente a través de varias vías, una de las más importantes es al modificar con sus metabolitos la interacción entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico. Los estudios de octubre del 2021 dictaminan que el Alzheimer llega temprano a diferentes partes del cerebro y mata lentamente a las neuronas de estas áreas a través de la producción de grupos de proteínas tóxicas (Tau y beta-amiloideas que se agregan en marañas y placas), reflejándose en un marcado deterioro cognitivo. También se ha descubierto que estos agregados se duplican cada 5 años aproximadamente, de ahí el inicio lento pero el deterioro rápido en las últimas etapas. **Por eso la importancia de una alimentación sana y equilibrada desde épocas tempranas de la vida**, para prevenir la alteración de la membrana de las neuronas (si los receptores son funcionales la neurona recibe el aporte de oxígeno, glucosa y cetonas que necesita para su funcionamiento normal).

Conclusiones

En base a esta revisión la configuración del hipocampo depende directamente de lo que comemos y nos movemos. Según los estudios publicados en *Nature-Aging* y en *Infobae* un tercio de los casos podrían evitarse con una alimentación equilibrada. Según el CSIC, en España, el factor más peligroso para desarrollar Alzheimer es la falta de ejercicio y la mala alimentación. Según la Universidad del Sur de Florida la alimentación es la clave para mantener protegidas a las neuronas impidiendo el deterioro de sus receptores para la insulina.

Bibliografía

Wong R, Luo Y, Chung-tong Mok V, Shi L.; *Brain Science Advances*; 2021; volumen 7(1): 26-43 DOI: 10.26599/BSA.2021.9050005

Long-Smith C, O'Riordan KJ, Clarke G, Staton C, Dinan TG, Cryan JF (2020) Microbiota-gut-brain axis: New therapeutic opportunities. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 60(1): 477-502

Kim KS, Kim Y, Choi H, Kim W, Park S, Lee D, Kim DK, Kim HJ et al (2020) Transfer of a healthy microbiota reduces amyloid and tau pathology in an Alzheimer's disease animal model. *Gut* 69:283-294. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317431>

Resumen: El Alzheimer es la forma más común de demencia afectando actualmente a más de 55 millones de personas en el mundo.

Una hipótesis causal es que podría tratarse de un nuevo tipo de diabetes, la diabetes tipo 3, ya que se ha descubierto una proteína tóxica en el cerebro de los enfermos de Alzheimer que mueve los receptores de la insulina de la membrana de las neuronas, volviéndose éstas resistentes a la insulina.

Concluyen los últimos estudios que un 'enriquecimiento ambiental' (ejercicio físico, estimulación cognitiva e interacción social) puede devolver a estas neuronas afectadas su estructura original.

Palabras Clave: Enfermedades de Alzheimer, Alzheimer Syndrome, Amyloid Fibril Protein, Alzheimer's

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Alzheimer es la forma más común de demencia afectando actualmente a más de 55 millones de personas en el mundo y se espera que se duplique cada 20 años, llegando a 152 millones en el año 2050.

Se barajan varias hipótesis como probable causa desencadenante, habiendo una fuerte evidencia de que podría tratarse de un nuevo tipo de diabetes, la diabetes tipo 3, ya que se ha descubierto una proteína tóxica en el cerebro de los enfermos de Alzheimer que mueve los receptores de la insulina de la membrana de las neuronas, volviéndose éstas resistentes a la insulina.

La Universidad de Cambridge ha realizado recientemente un estudio en el que concluye que casi un tercio de los casos de Alzheimer podrían evitarse con unos hábitos de vida saludables.

Otra investigación liderada por el CSIC en España ha demostrado que los cambios en la estructura y la conectividad de las neuronas del hipocampo, relacionadas con la memoria, son reversibles en un modelo de ratón. El trabajo, publicado en la revista Molecular Psychiatry, concluye que un 'enriquecimiento ambiental' (ejercicio físico, estimulación cognitiva e interacción social) puede devolver a estas neuronas afectadas su estructura original.

Objetivos:

Fomentar hábitos de vida saludables que mantengan los niveles de glucosa en rangos adecuados así como educar en un protocolo de 'enriquecimiento ambiental' protector y regenerador de la estructura de la conectividad de la neurona.

Material y Métodos:

Revisión estudios bibliográficos de base poblacional para valorar la ocurrencia de enfermedad de Alzheimer y aclarar sus determinantes causales y de prevención.

Resultados:

Según los ensayos revisados, las bacterias intestinales influyen en el funcionamiento del cerebro y promueven la neurodegeneración o la neuroprotección en base al tipo de bacterias constituyentes de nuestro microbioma, el cual depende del tipo de alimentación y el nivel de actividad. Este efecto sobre el sistema nervioso lo ejercen directa e indirectamente a través de varias vías, una de las más importantes es al modificar con sus metabolitos la interacción entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico. Los estudios de octubre del 2021 dictaminan que el Alzheimer llega temprano a DIFERENTES PARTES DEL CEREBRO y mata lentamente a las neuronas de estas áreas a través de la producción de grupos de proteínas tóxicas (Tau y beta-amiloides que se agregan en marañas y placas), reflejándose en un marcado deterioro cognitivo. También se ha descubierto que estos agregados se DUPLICAN cada 5 años aproximadamente, de ahí el inicio lento pero el deterioro rápido en las últimas etapas. Por eso la importancia de una alimentación sana y equilibrada desde épocas tempranas de la vida, para prevenir la alteración de la membrana de las neuronas (si los receptores son funcionales la neurona recibe el aporte de oxígeno, glucosa y cetonas que necesita para su funcionamiento normal)

Conclusiones:

En base a los estudios revisados, la configuración del hipocampo depende directamente de lo que comemos y de cuánto nos movemos.

Según los estudios publicados en Nature-Aging y en Infobae un tercio de los casos podrían evitarse con una alimentación equilibrada. Según el CSIC, en España, el factor más peligroso para desarrollar Alzheimer es la falta de ejercicio y la mala alimentación. Según la Universidad del Sur de Florida la alimentación es la clave para mantener protegidas a las neuronas impidiendo el deterioro de sus receptores para la insulina.

Bibliografía

- 1.- Wong R, Luo Y, Chung-tong Mok V, Shi L.; Brain Science Advances; 2021; volumen 7(1): 26-43 DOI: 10.26599/BSA.2021.9050005
- 2.- Long- Smith C, O'Riordan KJ, Clarke G, Staton C, Dinan TG, Cryan JF (2020) Microbiota-gut-brain axis: New therapeutic opportunities. Annu Rev Pharmacol Toxicol 60(1): 477-502
- 3.- Kim KS, Kim Y, Choi H, Kim W, Park S, Lee D, Kim DK, Kim HJ et al (2020) Transfer of a healthy microbiota reduces amyloid and tau pathology in an Alzheimer's disease animal model. Gut 69:283-294. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317431>
- 4.- Sonnenburg JL, Sonnenburg ED (2019) Vulnerability of the industrialized microbiota. Science 366.

Capítulo 22

Amenaza de parto pretérmino: cuidados basados en la literatura científica.

*Gómez Fernández, María Analía
Parra Vega, Iris
Corral Vázquez, Osva*

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO: CUIDADOS BASADOS EN LA LITERATURA CIENTÍFICA

Gómez-Fernández, M.A. (PhD)¹; Parra-Vega, I, Corral-Vázquez O.²
(1. Matrona, doctora en Enfermería; 2. Enfermero/a) SACYL

INTRODUCCIÓN

Se define el parto prematuro (PP) como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (sg). Presenta una prevalencia de entre el 7-10% y puede desencadenar graves problemas neonatales. Por otro lado, la amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático (presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas) entre las 22 y las 36,6 sg que sin tratamiento o si este fracasa, puede conducir a un nacimiento prematuro. La APP puede tener un origen multifactorial, que en la mayoría de casos, desconocemos la causa. No obstante, existen una serie de factores de riesgo tales como el tabaco, la edad materna, bajo índice de masa corporal, historia obstétrica previa de APP, alteraciones uterinas, conización cervical previa, periodo intergenésico menor a doce meses, infecciones (infección de orina, vaginosis, corioamnionitis, pielonefritis) o gestación múltiple.

OBJETIVOS

Identificar el diagnóstico y manejo de la APP basados en la literatura científica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica realizada entre marzo y mayo 2022 en las bases de datos inglesas y españolas: PubMed, Cochrane Libraby, CINHAL y CUIDEN. Palabras claves: Parto obstétrico, Trabajo de Parto Prematuro (en español), preterm birth, preterm labor (en inglés). La búsqueda se restringió a los últimos 15 años y se amplió para localizar literatura gris.

RESULTADOS

El diagnóstico se realiza con la suma de dolor abdominal y modificaciones cervicales, las cuales pueden objetivarse con el tacto vaginal realizado por la matrona u obstetra, o la medición de la longitud del cérvix (LCx) mediante ecografía transvaginal por parte del obstetra. También existe la posibilidad de complementar el diagnóstico clínico a través de pruebas bioquímicas que detectan la presencia de determinadas sustancias como la α -1 microglobulina placentaria (PAMG-1), la proteína de crecimiento similar a insulina de unión al factor-1 fosforilada (IGFBP-1) o la Fibronectina fetal (fFN) en las secreciones cervico-vaginales de mujeres con APP.

La evaluación de la mujer gestante que acude a urgencias con una APP consiste en:

- Datar la gestación.
- Realizar una historia clínica (detectar factores de APP y contraindicaciones de tocolisis).
- Exploración física (constante vitales, puño percusión).
- Exploración obstétrica (altura uterina, espéculo, tacto vaginal, ecografía transvaginal y abdominal y registro cardiotocográfico).
- Pruebas de laboratorio (muestra de sangre y orina, cultivo vagino-rectal).

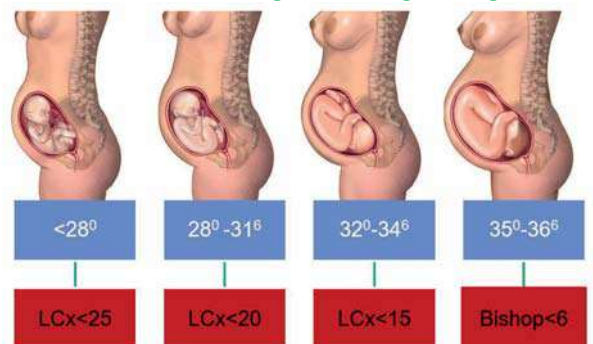
CONCLUSIONES

Puesto que existe una elevada prevalencia de PP y graves consecuencias para la salud materna y especialmente neonatal, el personal de enfermería (en concreto las matronas) debe conocer los síntomas de sospecha de APP y actuar en consecuencia. Valorando el binomio madre-feto, apoyando emocionalmente a la gestante, realizando los cuidados oportunos tanto de monitorización fetal y materna, canalización de vía venosa, administración de medicación, toma de muestras y promoviendo hábitos saludables durante la gestación para minimizar los factores de riesgo que pueden desencadenar este problema de salud.

Bibliografía

1) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Amenaza de parto pretérmino [acceso 10 marzo 2022]. Disponible: <http://www.sego.es/> 2) Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfircic Z, Nicolaidis KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 49(3):322-329. doi: 10.1002/uog.17388. 3) Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017; 7(6):e015402. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015402 4) Palacio M, Sanin-Blair J, Sánchez M, Crispi F, Gómez O, Carreras E, Coll O, Cararach V, Gratacós E. The use of a variable cut-off value of cervical length in women admitted for preterm labor before and after 32 weeks. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(4):421-6 5) Ciapponi A, Klein K, Colaci D, Althabe F, Belizán JM, Deegan A, Veroniki AA, Florez ID. Dexamethasone versus betamethasone for preterm birth: a systematic review and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021; 3(3):100312. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100312.

Gestación de alto riesgo de APP según las sg.



INGRESO

- ✓ Corticoides
- ✓ Tocolíticos
- ✓ Antibióticos
- ✓ SO4Mg

Reposo relativo

- Dieta rica en residuos
- Heparina
- Bienestar fetal

Fuente de imagen: elaboración propia.

Resumen: La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar el diagnóstico y manejo de la APP basados en la literatura científica. Por la elevada prevalencia de partos prematuros y las graves consecuencias para la salud, el personal de enfermería debe conocer los síntomas de sospecha de APP y actuar en consecuencia, valorando y realizando los cuidados oportunos al binomio madre-feto y promoviendo hábitos saludables durante la gestación.

Palabras Clave: Parto Obstétrico, Trabajo de Parto Prematuro, Atención de Enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se define el parto prematuro (PP) como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (sg). Presenta una prevalencia de entre el 7-10% y puede desencadenar graves problemas de salud al neonato. Por otro lado, la amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático (presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas) entre las 22 y las 36,6sg que sin tratamiento o si este fracasa, puede conducir a un nacimiento prematuro. La APP puede tener un origen multifactorial, que en la mayoría de casos, desconocemos la causa. No obstante, existen una serie de factores de riesgo tales como el tabaco, la edad materna, bajo índice de masa corporal, historia obstétrica previa de APP, alteraciones uterinas, conización cervical previa, periodo intergenésico menor a doce meses, infecciones (tales como infección de orina, vaginosis, corioamnionitis, pielonefritis) o gestación múltiple.

Objetivos:

Identificar el diagnóstico y manejo de la APP basados en la literatura científica.

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica realizada entre marzo y mayo 2022 en las bases de datos inglesas y españolas: PudMed, Cochrane Librabry, CINHALL y CUIDEN. Palabras claves: Parto obstétrico, Trabajo de Parto Prematuro (en español), preterm birth, preterm labor (en inglés). La búsqueda se restringió a los últimos 15 años y se amplió para localizar literatura gris.

Resultados:

El diagnóstico clínico se realiza con la suma de dolor abdominal y modificaciones cervicales, las cuales pueden objetivarse con el tacto vaginal realizado por la matrona u obstetra, o la medición del cérvix mediante ecografía transvaginal por parte del obstetra. Por otro lado, existe la posibilidad de complementar el diagnóstico clínico a través de pruebas bioquímicas que detectan la presencia de determinadas sustancias como la α -1 microglobulina placentaria (PAMG-1), la proteína de crecimiento similar a insulina de unión al factor-1 fosforilada (IGFBP-1) o la Fibronectina fetal (fFN) en las secreciones cervico-vaginales de mujeres con APP. La muestra se toma del fondo de saco vaginal, evitando manipulaciones previas o el empleo de sustancias intravaginales que puedan alterar el resultado de la prueba.

La evaluación de la mujer gestante que acude a urgencias con una APP consiste en datar la gestación (preferente según la fecha de la última regla modificada por la ecografía de primer trimestre), realizar una historia clínica para detectar los posibles factores de riesgo mencionados previamente, así como la presencia de otras patologías que contraindiquen la tocolisis, realizar una exploración física (toma de constantes vitales, puño percusión) y una exploración obstétrica (altura uterina, valoración de los genitales con espéculo, tacto vaginal, ecografía transvaginal, ecografía abdominal y registro cardiotocográfico). Conjuntamente se debe realizar pruebas de laboratorio (muestra de sangre y orina, cultivo vagino-rectal). Según la longitud del cérvix (LCx) y las sg se considera un alto riesgo de APP aquellas gestantes de $<28\text{sg}$ y $\text{LCx}<25$, entre las $28-31.6\text{sg}$ y $\text{LCx}<20$, entre las $32-34.6\text{sg}$ y $\text{LCx}<15$. Entre las $35-37\text{sg}$ se utiliza el tacto vaginal (considerando de alto riesgo de APP un Bishop menor de 6). En aquellas gestantes $<32\text{sg}$ y que no existe otra etiología que justifique la dinámica uterina, se valora realizar una amniocentesis para descartar una infección intraamniótica.

Si la mujer se considera que tiene un alto riesgo de PP debe ingresar en la planta de obstétrica para proceder al tratamiento con corticoides, tocolíticos, antibióticos y/o neuroprofilaxis con sulfato de magnesio. Además se realizará un seguimiento durante el ingreso recomendando reposo relativo, dieta rica en residuos, heparina de bajo peso molecular y valoración del bienestar materno (toma de constantes, apoyo emocional) y fetal (auscultado la frecuencia cardiaca fetal diariamente y realizando una ecografía una vez por semana).

Los corticoides (betametasona-2 dosis o dexametasona-4 dosis, vía intramuscular) disminuyen el riesgo de distrés respiratorio y la hemorragia intracraneal fetal. Por otro lado, el uso de tocolíticos se asocia con una prolongación del embarazo de hasta 7 días (lo que permite completar el ciclo de los corticoides y/o sulfato de magnesio y/o el traslado de la gestante a un centro de referencia si fuera necesario). Existen diferentes tocolíticos vía oral o intravenosa (Nifedifino, atosiba, ritodrine o indometacina) que son prescritos según las sg y la necesidades particulares de cada gestante. El uso de antibióticos profilácticos de infección neonatal por Streptococo se inicia cuando se prevé un parto inminente, si el parto finalmente no evoluciona, debe suspenderse. Estos se reiniciarían si reaparecen indicios de parto inminente en función del resultado del cultivo vagino-rectal. El sulfato de magnesio ha demostrado disminuir el riesgo de parálisis cerebral neonatal cuando se administra entre las 24 y las 31.6 sg., en aquellos casos de dinámica uterina imparable con tocolisis o finalización electiva de una gestación. Este último requiere de la monitorización estricta de constantes vitales de la gestante cada 4 horas.

En caso que no se desencadene el parto y la gestante sea dada de alta, no se suele mantener tratamiento tocolítico oral de mantenimiento salvo excepciones justificadas y se recomendarán controles ambulatorios.

Conclusiones:

Puesto que existe una elevada prevalencia de PP y graves consecuencias para la salud materna y especialmente neonatal, el personal de enfermería (en concreto las matronas) debe conocer los síntomas de sospecha de APP y actuar en consecuencia. Valorando el binomio madre-feto, apoyando emocionalmente a la gestantes, realizando los cuidados oportunos tanto de monitorización fetal y materna, canalización de vía venosa, administración de medicación, toma de muestras y promoviendo hábitos saludables durante la gestación para minimizar los factores de riesgo que pueden desencadenar este problema de salud.

Bibliografía

- 1.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Amenaza de parto pretérmino [acceso 10 mayo 2022]. Disponible: <http://www.sego.es/>
- 2.- Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevic Z, Nicolaides KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 49(3):322-329. doi: 10.1002/uog.17388.
- 3.- Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017; (6):e015402. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015402
- 4.- Palacio M, Sanin-Blair J, Sánchez M, Crispi F, Gómez O, Carreras E, Coll O, Cararach V, Gratacós E. The use of a variable cut-off value of cervical length in women admitted for preterm labor before and after 32 weeks. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29(4):421-6
- 5.- Ciapponi A, Klein K, Colaci D, Althabe F, Belizán JM, Deegan A, Veroniki AA, Florez ID. Dexamethasone versus betamethasone for preterm birth: a systematic review and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021; 3(3):100312. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100312.

Capítulo 23

Análisis de la masa muscular y grasa de las extremidades inferiores de niños prepúberes nadadores y atletas

*Plaza Carmona, María
Juan García, Carmen
Lozano Fernández, Sara*

LA PRÁCTICA DEPORTIVA Y SU INFLUENCIA EN LA MASA ÓSEA EN NIÑAS EN CRECIMIENTO

SATSE

María Plaza Carmona; Carmen Juan García ; Sara Lozano Fernández
Complejo Asistencial Universitario de León

 **Complejo Asistencial
Universitario de León**

Introducción

Estudios sobre el efecto osteogénico que se deriva de la práctica regular deportiva, pone de manifiesto la importancia de ser activo dentro, llevar a cabo un estilo de vida donde se incluye el ejercicio físico en nuestro día a día, y más especialmente durante la etapa de desarrollo infantil

Objetivo

Analizar las diferencias en la composición corporal de las extremidades inferiores (masa grasa, muscular y ósea) en niños prepúberes que practican natación y atletismo.

Material y Método

Estudio transversal en el que participaron niños de diferentes clubes deportivos de Castilla y León. La muestra se compuso por un total de 62 (edad media 9.78 ± 0.43) divididos en tres grupos (natación, control y atletismo). Desarrollo sexual estadio I-II Test de Tanner. Las variables de composición corporal fueron determinadas mediante un monitor de composición corporal (Tanita bc 601). Se les realizó una evaluación inicial (enero) y otra al final del periodo de estudio (mayo) de su composición corporal (masa magra, grasa y ósea), del cuerpo entero y de las extremidades inferiores. Para tratar los resultados se realizó la prueba K-S a través de la cual se analizó si existía una distribución normal de las variables incluidas en el análisis. Para analizar las posibles diferencias existentes entre grupos se realizó una prueba de ANOVA. Posteriormente se realizó un análisis de la covarianza (ANCOVA), utilizando como co-variables la talla, masa corporal, edad y Tanner. Todo ello realizado con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados

Se encontraron diferencias significativas en la masa muscular de las piernas del grupo de niños que practicaban atletismo con respecto a los niños de natación (3.80 ± 0.15 Kg vs. 3.70 ± 0.28 Kg, $p < 0.05$). Al analizar la musculatura total se observó como el grupo de natación, presentaba mayor cantidad total con respecto al grupo de natación y sedentarios (22.74 ± 0.75 Kg, vs. 22.48 ± 0.88 y 22.01 ± 0.87 Kg, respectivamente, $p < 0.05$). A la hora de comparar la masa grasa de las piernas, no se encontraron diferencias significativas, pero si que se aprecia como el grupo de atletas son los que menos grasas presentan (2.01 Kg \pm $0,27$ Kg los atletas, 2.18 ± 0.24 Kg los niños que practican natación y 2.34 ± 0.29 Kg el grupo control. En cuanto a la masa grasa total tampoco no se observaron diferencias significativas, obteniendo valores más altos el grupo de niños que no practican ningún tipo de deporte.

Conclusiones

La práctica deportiva en edades prepúberes es un factor esencial para mejorar la composición corporal en niños, siendo esto una base para la mejora de la salud en edades adultas.

Bibliografía

- Zribi, A., Chaari, H., Masmoudi, L., Dardouri, W., Khanfir, M. A., Bouajina, E., ... & Zouch, M. (2022). Volleyball practice increases bone mass in prepubescent boys during growth: A 1-yr longitudinal study. *Plos one*, 17(4), e0266257.
- Richards, A. B., Klos, L., Swindell, N., Griffiths, L. J., De Martelaer, K., Edwards, L. C., ... & Stratton, G. (2022). Associations between swimming & cycling abilities and fitness in 9-11 year old boys and girls. *Journal of sports sciences*, 40(6), 658-666.

Resumen: La práctica de actividad física es constatada como un elemento esencial para la mejora de vida con independencia de la edad. Si nos centramos en la etapa prepuberal, podemos apreciar como el ejercicio físico es un factor determinante a la hora de garantizar una adecuada composición corporal (aumento de masa muscular, densidad y contenido mineral óseo y disminución de la masa grasa). En este sentido se plantea un estudio en el que se analiza la práctica de natación atletismo en las extremidades inferiores de niños.

Palabras Clave: Deporte, Natación, Atletismo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Estudios sobre el efecto osteogénico que se deriva de la práctica regular deportiva, pone de manifiesto la importancia de ser activo dentro, llevar a cabo un estilo de vida donde se incluye el ejercicio físico en nuestro día a día, y más especialmente durante la etapa de desarrollo infantil. Objetivo: analizar las diferencias en la composición corporal de las extremidades inferiores (masa grasa, muscular y ósea) en niños prepúberes que practican natación y atletismo.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal en el que participaron niños de diferentes clubes deportivos de Castilla y León. La muestra se compuso por un total de 62 niños con edades comprendidas entre los 8 y los 10 años (9.78 ± 0.43) divididos en tres grupos (natación, control y atletismo). Todos los sujetos tenían un grado de desarrollo sexual similar (estadío I-II Test de Tanner). Las variables de composición corporal fueron determinadas mediante un monitor de composición corporal (Tanita bc 601). Se les realizó una evaluación inicial (enero) y otra al final del periodo de estudio (mayo) de su composición corporal (masa magra, grasa y ósea), del cuerpo entero y de las extremidades inferiores. Para tratar los resultados se realizó la prueba K-S a través de la cual se analizó si existía una distribución normal de las variables incluidas en el análisis. Para analizar las posibles diferencias existentes entre grupos se realizó una prueba de ANOVA. Posteriormente se realizó un análisis de la covarianza (ANCOVA), utilizando como co-variables la talla, masa corporal, edad y Tanner. Todo ello realizado con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados:

Los resultados presentaron diferencias significativas en la masa muscular de las piernas del grupo de niños que practicaban atletismo con respecto a los niños de natación (3.80 ± 0.15 Kg vs. 3.70 ± 0.28 Kg, $p < 0.05$). Al analizar la musculatura total se observó como el grupo de natación, presentaba mayor cantidad total con respecto al grupo de natación y sedentarios (22.74 ± 0.75 Kg, vs. 22.48 ± 0.88 y 22.01 ± 0.87 Kg, respectivamente, $p < 0.05$). A la hora de comparar la masa grasa de las piernas, no se encontraron diferencias significativas, pero si que se aprecia como el grupo de atletas son los que menos grasas presentan (2.01 Kg \pm $0,27$ Kg los atletas, 2.18 ± 0.24 Kg los niños que practican natación y 2.34 ± 0.29 Kg el grupo control. En cuanto a la masa grasa total tampoco no se observaron diferencias significativas, obteniendo valores más altos el grupo de niños que no practican ningún tipo de deporte.

Conclusiones:

La práctica deportiva en edades prepuberal es un factor esencial para mejorar la composición corporal en niños, siendo esto una base para la mejora de la salud en edades adultas.

Bibliografía

1.- Valle, V., Vanaclocha-Amat, P., & Villa-González, E. (2022). Efectos del Entrenamiento de Fuerza Pediátrico sobre parámetros de salud en niños: una revisión sistemática. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 8(2), 283-308.

2.- Zribi, A., Chaari, H., Masmoudi, L., Dardouri, W., Khanfir, M. A., Bouajina, E., ... & Zouch, M. (2022). Volleyball practice increases bone mass in prepubescent boys during growth: A 1-yr longitudinal study. *Plos one*, 17(4), e0266257.

3.- Richards, A. B., Klos, L., Swindell, N., Griffiths, L. J., De Martelaer, K., Edwards, L. C., ... & Stratton, G. (2022). Associations between swimming & cycling abilities and fitness in 9-11 year old boys and girls. *Journal of sports sciences*, 40(6), 658-666.

Capítulo 24

Aplicación del concepto TIME en úlcera vascular postraumática

*González Naranjo, Soledad
Carrasco Ortiz, Consuelo
Novalvos Ruiz, Estefanía*

APLICACIÓN CONCEPTO TIME EN ÚLCERA VASCULAR POSTRAUMÁTICA

González Naranjo, Soledad ; Valencia Echeverri, Juan David ; Novalbos Ruíz, Estefanía;

SATSE

INTRODUCCIÓN

De las heridas crónicas en extremidades inferiores el 70-75% son úlceras venosas, su prevalencia aumenta con la edad y son más frecuentes en mujeres.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de. Años con AP de DM, HTA, que presenta herida superficial de 12x8 cm en tercio inferior de miembro inferior izquierdo, con bordes irregulares, lecho con fibrina y abundante exudado amarillento con inflamación de pierna afectada

PLAN DE CUIDADOS

Control tejido no viable

00044 deterioro de la integridad tisular

NOC 1103 cicatrización de herida por 2 intención

- NIC : - anotar características de la herida
- cuidado de las heridas
- limpiar con solución salina si procede
-protección contra infecciones

Control de la infección/inflamación

00004 Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular

NOC 1924 control del riesgo: proceso infeccioso

- NIC : - irrigación de las heridas
- control de la infección
- cuidados de la piel: tto tópico

Control del exudado

00204 perfusión tisular ineficaz

NOC - 0407 perfusión tisular : periférica
- 0401 estado circulatorio

- NIC: - cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
-vigilancia de la piel

Estimulación de los bordes

00046 deterioro de la integridad cutánea

NOC 1103 curación de la herida por segunda intención

- NIC : - cuidados circulatorios
- monitorización de las extremidades inferiores

TIME



DISCUSIÓN

- Plan de cuidados
- curas en ambiente húmedo con Prontosan + Urgoclean + vendaje (dada la fragilidad) c/24-48 h durante 14 días
-dermazoil +alginato +vendaje c/48h durante 7 días; Septomida igual
-Prontosan +aquacel ag+alginato +vendaje c/48 durante 15 días y c/72-96h durante 15 días



CONCLUSIONES

Mediante la elaboración de un Plan de Cuidados estandarizados y basándonos en el concepto TIME se obtienen resultados muy satisfactorios tanto para la enfermera como la paciente.

Resumen: Se presenta un caso clínico de herida en miembro inferior tras traumatismo en mujer, que tras ser evaluada, realizarse un plan de cuidados estandarizado basado en el concepto TIME mediante taxonomía NANDA-NIC-NOC y establecer una pauta de curas en función de cada apartado, se consigue una muy buena evolución.

Palabras Clave: Exudado, Infección, Úlcera

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

De las heridas crónicas en extremidades inferiores, el 70-75% son úlceras venosas, su prevalencia aumenta con la edad y son más frecuentes en mujeres. La úlcera de etiología venosa supone una gran carga asistencial para la enfermera y emocional para el paciente, por tanto, hay que realizar una valoración holística del paciente: edad, comorbilidades, movilidad, nutrición, apoyo...

Observación Clínica:

Mujer de 87 años con AP de DM, HTA e Insuficiencia Venosa Crónica que presenta herida superficial de 12x8 cm en tercio inferior de miembro inferior izquierdo, con bordes irregulares, lecho con fibrina y abundante exudado amarillento con inflamación de pierna afectada. Refiere dolor en las curas que mejora al caminar o elevar el miembro. Tiene una cuidadora que colabora muchísimo.

Plan de Cuidados:

R Se basó en el concepto TIME para el que se priorizaron 4 diagnósticos(dx) enfermeros, 3 de ellos reales y uno de riesgo, uno para cada uno de los componentes a tratar en la preparación del lecho de la herida (TIME)

- T (control del tejido no viable)
 - Dx real 00044 deterioro de la integridad tisular
 - Resultado NOC 1103 cicatrización de herida por segunda intención
 - Intervenciones NIC :
 - anotar características de la herida
 - cuidado de las heridas
 - limpiar con solución salina si procede
 - protección contra infecciones
- I (control de infección/inflamación)
 - Dx de riesgo 00004 Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular
 - Resultado NOC 1924 control del riesgo: proceso infeccioso
 - Intervenciones NIC :

- irrigación de las heridas
- control de la infección
- cuidados de la piel: tto tópico
- M (control del exudado)
- Dx real 00204 perfusión tisular ineficaz
- Resultados NOC -
- 0407perfusión tisular :periférica
- 0401estado circulatorio
- Intervenciones NIC:
- cuidados circulatorios:insuficiencia venosa
- vigilancia de la piel
- E (estimulación de los bordes)
- Dx real 00046 deterioro de la integridad cutánea
- Resultado NOC 1103 curación de la herida por segunda intención
- Intervenciones NIC :
- cuidados circulatorios
- monitorización de las extremidades inferiores

Discusión:

Mediante el concepto TIME se elaboró un plan de cuidados abordando cada uno de los componentes a tener en cuenta mediante la realización del siguiente tratamiento: se iniciaron curas en ambiente húmedo primero con Colagenasa + Urgoclean + vendaje (dada la fragilidad) c/24-48 h durante 14 días buscando el desbridamiento enzimático del lecho de la herida. Después, dada la escasa respuesta al tratamiento anterior y a la gran cantidad de exudado , se continuó con Derma-zoil +alginato +vendaje c/48h durante 7días cuyas curas eran muy mal toleradas ya que le resultaron muy dolorosas por lo que se cambió pauta según Dermatología a Septomida con la misma frecuencia, igualmente mal toleradas por lo que se decide iniciar curas con Prontosan + aquacel ag + alginato + vendaje c/48 durante 15 días observando muy buena evolución , se continúan curas c/ 72-96h durante 15 días más hasta casi su completa resolución.

Conclusiones:

En este caso clínico quedó demostrado que mediante la elaboración de un Plan de Cuidados estandarizados y basándonos en el concepto TIME que ofrece a los profesionales unas pautas a seguir en el abordaje de las heridas crónicas, se obtienen resultados muy satisfactorios tanto para la enfermera como la paciente.

Bibliografía

1.- García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda J, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma, M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2014.

2.- Raña-Lama C. D. Úlceras vasculares: peculiaridades, abordaje y tratamiento específico. En: Rumbo-Prieto J. M., coordinador. Cuidados y registros de enfermería en la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular. Madrid: DAE, S. L.; 2011. p. 232-55.

3.- Marinello J, Carreño P, López Palencia J. Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores: generalidades, diagnóstico y tratamiento médico. En: Tratado de las enfermedades vasculares. Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul. Barcelona: Viguera; 2006; 965-89.14.

4.- Cardona M. Insuficiencia venosa crónica. Anales de Patología Vascul 2009; 3(1):16-3015. Cuixart L, Martínez V, Sierra V, Capmajó C, Fuentes S, Dilmé JF et al. Modelo de aplicación del índice tobillo brazo en un centro de atención primaria. Anales de Patología Vascul. 2007; 1(1):36

Capítulo 25

**Asiento pélvico moldeado con escayola
para mejorar la participación y la
autonomía en un niño con dificultades en
el control postural.**

*López Castellano, Álvaro
Mazoterías Ruiz, Jorge
Mazoterías Ruiz, Salvador*

ASIENTO PÉLVICO MOLDEADO CON ESCAYOLA PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN Y LA AUTONOMÍA EN UN NIÑO CON DIFICULTADES EN EL CONTROL POSTURAL

AUTORES: LÓPEZ A, MAZOTERAS JL, MAZOTERAS S.

← INTRODUCCIÓN:

El asiento pélvico moldeado es una herramienta para los distintos profesionales y las familias para mejorar la sedestación, y así favorecer la participación en las actividades del día a día del niño/a. Dos de los principales objetivos de la realización de asientos pélvicos se basan en conseguir: un posicionamiento que permita la intervención de miembros superiores de una forma eficaz y un posicionamiento que facilite el momento de la alimentación.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: →

El caso clínico consistió en la valoración observacional del uso de un asiento pélvico moldeado elaborado con escayola, en un niño de 3 años diagnosticado de esclerosis tuberosa presentando dificultades en el control postural, entre otras. Se valoraron dos momentos del día del niño y su familia: las distintas comidas y los momentos de juego manipulativo.



TRATAMIENTO CLÍNICO:



En la elaboración se utilizaron quince vendas. El asiento se colocó en la silla donde comía y jugaba.

A la izquierda se encuentra el niño sin asiento y a la derecha con asiento.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Favoreciendo el posicionamiento postural del niño se mejora la movilidad y la coordinación de los miembros superiores, lo que permite una mayor autonomía y participación con un menor gasto energético en los momentos de alimentación y de juego manipulativo.



CONGRESO SATSE 2022

SATSE

Resumen: *Introducción: el asiento pélvico moldeado es una herramienta para mejorar la sedestación, favoreciendo la participación en actividades del día del niño/a.*

Observación clínica: consistió en la valoración del uso de un asiento pélvico moldeado de escayola, en un niño de tres años con dificultades de control postural.

Tratamiento clínico: en la elaboración se utilizaron quince vendas. El asiento se colocó en la silla donde comía y jugaba.

Discusión y conclusión: favoreciendo el posicionamiento postural mejora la movilidad y la coordinación de miembros superiores, esto permite una mayor autonomía y participación con menor gasto energético en la alimentación y el juego.

Palabras Clave: *Child, Hypotonia, Seating devices*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Existe en la bibliografía diferentes sistemas adaptados para mejorar la postura en sedestación en niños con alteraciones neuromotrices, dificultades del control postural (1). Un tipo de los sistemas anteriormente citados, es el asiento pélvico moldeado fabricado con yeso, diseñado por Michael Le Metayer y con el objetivo de mejorar la alineación de la postura del cuerpo en sedestación (1,2). Es muy importante que sean individualizados para cada persona (1,3).

El asiento pélvico moldeado es una herramienta para los distintos profesionales y las familias para mejorar la sedestación, y así favorecer la participación en las actividades del día a día del niño/a (1,3). Otro factor muy importante es la aceptación del uso del asiento por parte de la familia, ya que pueden usarlo en las distintas actividades del día a día, llevarlo a la guardería, en el carro para salir a pasear... además, es un tratamiento no invasivo (1,3) y de un bajo coste (1).

La sedestación es una postura muy importante para el ser humano ya que nos permite participar con el entorno que nos rodea produciendo un gasto energético bajo y permite a los miembros superiores más movilidad, mayor coordinación y un aumento en la participación en las actividades del día a día; por ejemplo: comiendo, jugando, yendo en el carro de paseo...(3).

Dos de los principales objetivos de la realización de asientos pélvicos se basan en conseguir: un posicionamiento que permita la intervención de miembros superiores de una forma eficaz y un posicionamiento que facilite el momento de la alimentación(3).

Observación Clínica:

El caso clínico consistió en la valoración observacional del uso de un asiento pélvico moldeado elaborado con yeso/escayola, en un niño de 3 años diagnosticado de esclerosis tuberosa presentando dificultades en el control postural, entre otras. Se valoraron dos momentos del día del niño y su familia: las distintas comidas y los momentos de juego manipulativo. Se observó que en ellos, el niño tenía una tendencia postural hacia la cifosis y retroversión de pelvis, además, esto influía de forma más directa en los momentos de alimentación ya que en ocasiones había problemas en la deglución debido a la postura.

Plan de tratamiento:

Se elaboró con ayuda de la familia y más profesionales para mantener al niño en la posición deseada, un asiento moldeado con escayola, para ello se utilizaron quince vendas. El asiento se colocó en la silla donde se llevaban a cabo los distintos momentos de la alimentación y del juego manipulativo, ya que ésta tiene una bandeja a una altura adecuada que favorece dicho posicionamiento y participación.

Discusión y Conclusiones:

Tras el uso de este dispositivo pudimos observar como favoreciendo el posicionamiento postural del niño se mejora la movilidad y la coordinación de los miembros superiores, lo que permite una mayor autonomía y participación con un menor gasto energético en los momentos de alimentación y de juego manipulativo. Además, la familia afirmó que se redujeron de forma significativa los atragantamientos en las distintas comidas del día, ya que su postura era más erguida lo que favorecía la deglución.

Se necesitan más estudios con muestras más grandes y con una gran especificidad para contrastar los resultados de nuestro caso clínico.

Bibliografía

- 1.- Macías L. Posturas anormales en sedestación en niños con discapacidad neuromotriz y uso del asiento moldeado pélvico para una sedestación adaptada. Rev Fisioter Calid Vid. 1999; 2 (2):69–76.
- 2.- Marina C, Lourdes Macías M, Fagoaga J. Fisioterapia en pediatría. An Pediatr (Barc). 2003; 59 (6):623–4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033\(03\)78793-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033(03)78793-1)
- 3.- Strobl WM. Seating. J Child Orthop. 2013; 7 (5):395–9.

Capítulo 26

Atención prehospitalaria en el paciente gran quemado

Jiménez García-Mancha, Francisco Javier

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO

Autor: Francisco Javier Jiménez García-Mancha

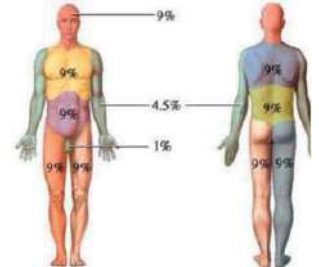
INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones producidas en tejidos vivos por la acción de factores como fuego, líquidos, objetos calientes, radiación, etc. Las podemos clasificar según el agente causal, la extensión y la profundidad. El **paciente gran quemado** es aquel **que necesita ser trasladado a una unidad hospitalaria para ser tratado** de manera **urgente**.

A la hora de **categorizar al gran quemado** además de usar la regla de Wallace, existe la clasificación de **la American Burn Association**:

Severidad	
Menor	Menos del 15% de SCQ en adultos. Menos del 10% de SCQ en niños. Menos del 2% de SCQ de quemaduras de tercer grado.
Moderada	Del 15-25% de SCQ en adultos, con menos del 10% de quemaduras de tercer grado. Del 10-20% de SCQ en niños y adultos mayores, con menos del 10% de quemaduras de tercer grado. Menos del 10% de SCQ de tercer grado, que no afecte a zonas funcionales.
Mayor	Más del 25% de SCQ. Más del 20% de SCQ en niños y adultos mayores. Más del 10% de SCQ de quemaduras de tercer grado. Todas las quemaduras que afecten a zonas funcionales. Todas las quemaduras eléctricas, inhalatorias, con traumatismos y en pacientes con factores de riesgo.

Regla de Wallace (clasificación según la extensión):



OBJETIVOS

Objetivo principal:

Conocer que es el paciente gran quemado y cuál es el tratamiento inicial en cuanto a evaluación, lesiones, vía aérea, reanimación y reposición de líquidos por parte de Enfermería.

Objetivos secundarios:

Conceptos básicos acerca de las quemaduras. Valorar la actuación en este tipo de casos.

RESULTADOS

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una **revisión bibliográfica**. En esta revisión se buscaron estudios y artículos que valoran diferentes formas de actuación en la urgencia y emergencia del individuo gran quemado.

Para ello se utilizaron las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- BVS (Biblioteca virtual en salud).

Entre los **criterios de inclusión** más destacados:

- Artículos publicados en los últimos 10 años
- Artículos realizados en Inglés o Castellano.
- Artículos que se correspondan con dos o más de los objetivos marcados.
- Ensayos clínicos.
- Protocolos estandarizados.

CONCLUSIONES

El paciente gran quemado es una **urgencia/emergencia que tiene que ser tratado como un politraumatizado**.

En el manejo inicial por tanto se utilizará el algoritmo "ABCDE" con gran atención a la vía aérea y la circulación.

En cuanto a la perfusión de líquidos la fórmula más aceptada es la de Parkland junto con Ringer Lactato.

Mantener la temperatura corporal del individuo es esencial, por ello a la hora de enfriar las quemaduras no se ha de utilizar SF frío.

El papel de Enfermería en el manejo y traslado inicial del paciente gran quemado es esencial y se debería dar más valor a ello.

Se analizaron un total de **15 artículos**. Tras el análisis exhaustivo de estos, se llegó a las siguientes conclusiones:

Evaluación primaria:

El paciente gran quemado se trata de **manera inicial** como un **politraumatizado**.

Estos pacientes se han de manejar realizando una evaluación primaria mediante la secuencia "ABCDE".

Vía aérea (VA):

Preservar la VA es de muy alta prioridad puesto que se puede obstruir por cualquier causa. Dependiendo de la fuente consultada, recomiendan mascarilla con reservorio o de Venturi, lo que si parece quedar claro es que el **aporte de O2 a alto flujo (80-100%) y humidificado**.

La **intubación orotraqueal** ha de realizarse **ante síntomas de inhalación de humo (CO)**. Si no es posible la intubación ha de realizarse una traqueotomía o cricotiroidectomía urgente.

Respiración o ventilación:

Valorar el **tipo de respiración y la frecuencia respiratoria, así como la presencia de posibles lesiones**, traumatismos o quemaduras en tórax y abdomen, sin olvidarnos de signos de lesiones más graves como neumotórax o hemotórax.

Circulación:

Monitorización de constantes vitales y canalización una VVP de gran calibre y si es posible dos como primera opción, siempre en una zona no quemada. Como segunda opción estaría una VVC o la vía intraósea.

En cuanto al tipo de fluidoterapia, suele optarse por **Ringer Lactato** mediante la **fórmula de Parkland**. Y en cuanto a la analgesia en grandes quemados han de utilizarse opiáceos.

Discapacidad:

Valoración del estado neurológico mediante la **escala de Glasgow** y la respuesta pupilar.

Exposición ambiental:

Alejar al paciente de la zona peligrosa, **retirarle ropa de la zona quemada** y siempre **manteniendo una temperatura corporal adecuada, uso de mantas térmicas** y la perfusión de sueros no muy fríos.

Tratamiento inicial de las quemaduras:

Se utilizará **agua o SF a temperatura ambiente** (nunca frío) mediante irrigación teniendo especial cuidado en las quemaduras químicas.

Resumen: El paciente gran quemado es aquel que necesita ser trasladado a un hospital para su tratamiento urgente, debe reunir criterios como: más de 25% de superficie corporal quemada en adultos, quemaduras en cuello y cara, etc. Para ello existe la clasificación de la American Burn Association.

Lo primero que debe hacer el personal sanitario es retirar al paciente de la zona considerada como peligrosa, valorarlo mediante la regla de "ABCDE", aportar oxígeno a alto flujo, canalizar vías venosas o de otro tipo e infundir fluidoterapia, enfriar heridas con suero a temperatura ambiente y trasladar a una unidad especializada cuanto antes.

Palabras Clave: Quemaduras. Emergencia, Tratamiento.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las quemaduras son lesiones producidas en tejidos vivos por la acción de factores diversos como fuego, líquidos, objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío, agentes químicos o biológicos.

Dicha lesión puede producir desde un simple eritema hasta la destrucción completa de la piel.

Hay varias formas de clasificar las quemaduras:

- Según la profundidad.
- Según la extensión.
- Según la etiología.

La superficie es lo primero a considerar para valorar la gravedad del paciente.

Existen varios métodos para contabilizar la extensión de las quemaduras. La más manejable y de fácil aplicación es la regla de Wallace o regla de los 9.

Regla de Wallace:

Consiste en dividir la superficie corporal en porcentajes del 9% de la siguiente manera:

- Cabeza 9%.
- Miembro superior 9%.
- Miembro inferior 18%.
- Tronco anterior y posterior 18% respectivamente.
- Periné 1%.

Conociendo lo expuesto hasta ahora, podemos decir que un paciente gran quemado es aquel que necesita ser trasladado a una unidad hospitalaria para ser tratado de manera urgente.

Se deben reunir unos criterios para ser trasladado a un Hospital:

- Superficie de cuerpo quemada (SCQ) mayor a 25% en adultos y 20% adultos mayores y niños.
- Profundidad de quemadura mayor al 10%.
- Quemaduras en cuello y/o cara.
- Quemaduras por inhalación.
- Quemaduras con traumatismo asociado.
- Quemaduras en individuos con patologías previas graves (ASA- American Society of Anesthesiologists) II o mayor. Esta escala hace referencia a la situación clínica preoperatoria.
- A la hora de categorizar al gran quemado además de usar la regla de Wallace existe la clasificación de la American Burn Association.

Sistema ABCDE en la valoración inicial.

En la valoración inicial de las urgencias en general pero sobre todo en el paciente politraumatizado se usan reglas para categorizar la severidad del cuadro. Una de ellas es el sistema de "ABCDE":

- A (airway)à consiste en asegurar la permeabilidad de la vía aérea (VA) controlando la columna cervical.
- B (breathing)à respiración.
- C (circulation).
- D (disability)à estado neurológico.
- E (exposure)à exposición al agente causal.

Observación Clínica:

- Objetivo principal:

Conocer que es el paciente gran quemado y cuál es el tratamiento inicial en cuanto a evaluación, lesiones, vía aérea, reanimación y reposición de líquidos por parte de Enfermería.

- Objetivos secundarios:

Conceptos básicos acerca de las quemaduras.

Valorar la actuación en este tipo de casos.

Plan de tratamiento:

Se trata de una revisión bibliográfica. En esta revisión se buscaron estudios y artículos que valoran diferentes formas de actuación en la urgencia y emergencia del individuo gran quemado.

Para ello se utilizaron las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- BVS (Biblioteca virtual en salud).

Entre los criterios de inclusión más destacados:

- Artículos publicados en los últimos 10 años
- Artículos realizados en Inglés o Castellano.
- Artículos que se correspondan con dos o más de los objetivos marcados.
- Ensayos clínicos.
- Protocolos estandarizados.

Resultados:

Finalmente se eligieron 15 artículos. Para la elaboración de las conclusiones resulta más sencillo si lo dividimos en varios bloques:

- Evaluación primaria:

El paciente gran quemado se trata de manera inicial como un politrauma.

Así pues la mayoría de los autores consideran manejar estos casos realizando una evaluación primaria mediante la secuencia “ABCDE”.

- Vía aérea (VA):

Preservar la VA es de muy alta prioridad puesto que se puede obstruir por cualquier causa. Dependiendo de la fuente consultada, recomiendan mascarilla con reservorio o de Venturi, lo que si parece quedar claro es que el aporte de O₂ a alto flujo (80-100%) y humidificado.

La intubación orotraqueal ha de realizarse ante síntomas de inhalación de humo (CO). Si no es posible la intubación ha de realizarse una traqueotomía o cricotiroidectomía urgente.

- Respiración o ventilación:

Valorar el tipo de respiración y la frecuencia respiratoria, así como la presencia de posibles lesiones, traumatismos o quemaduras en tórax y abdomen, sin olvidarnos de signos de lesiones más graves como neumotórax o hemotórax.

- Circulación:

Monitorización de constantes vitales y canalización una VVP de gran calibre y si es posible dos como primera opción, siempre en una zona no quemada. Como segunda opción estaría una VVC o la vía intraósea.

En cuanto al tipo de fluidoterapia, suele optarse por Ringer Lactato mediante la fórmula de Parkland. Y en cuanto a la analgesia en grandes quemados han de utilizarse opiáceos.

- Discapacidad:

Valoración del estado neurológico mediante la escala de Glasgow y la respuesta pupilar.

- Exposición ambiental:

Alejar al paciente de la zona peligrosa, retirarle ropa de la zona quemada manteniendo una temperatura corporal adecuada, uso de mantas térmicas y perfusión de sueros no muy fríos.

- Tratamiento inicial de las quemaduras:

Se utilizará agua o SF a temperatura ambiente (nunca frío) mediante irrigación teniendo especial cuidado en las quemaduras químicas. En cuanto al manejo de las flictenas, se llega a la conclusión de que deben de ser desbridadas para una mejor valoración de la lesión además de para evitar complicaciones.

Conclusión:

- El paciente gran quemado es una urgencia/emergencia que tiene que ser tratado como un politraumatizado.
- En el manejo inicial por tanto se utilizará el algoritmo “ABCDE” con gran atención a la vía aérea y la circulación.
- En cuanto a la perfusión de líquidos la fórmula más aceptada es la de Parkland junto con Ringer Lactato.
- Mantener la temperatura corporal del individuo es esencial, no se ha de utilizar suero frío.
- Ante la presencia de flictenas es necesario drenar el contenido para valorar la extensión de la lesión.
- El papel de Enfermería en el manejo y traslado inicial del paciente gran quemado es esencial y se debería dar más valor a ello.

Bibliografía

- 1.- Calesteiro-Roca M.P. CPJ. Guía práctica de lesiones por quemadura (Guía práctica no5). Serv Gall Salud. 2016.
- 2.- Gorordo-del LA, Hernández-lópez GD, Zamora-gómez SE, García-román MTA, Jiménez-ruiz A, Tercero-guevara BI. Atención inicial del paciente quemado en UCI : revisión y algoritmo. 2015;82(1):43–8.
- 3.- Alonso Muñoz L., Díez Gago R., Perancho Ramirez M. Actuación de enfermería en urgencias ante un paciente quemado. 2011;0–6.
- 4.- C. Vivóa RG, Ma D.P. del Cazc. Initial evaluation and management of the critical burn patient. 2016;Vol. 40. Issue 1. pages 49-59.
- 5.- Hernández AMM, Urbón JMG,Xerencia Xestión Integrada de Ferrol. A Coruña. Fluidoterapia en el paciente gran quemado. :57–61. 2015.

Capítulo 27

Autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento. Envejecimiento exitoso.

*Moreno Manzanares, Fátima
Morales Burgos, Yolanda
Moreno García, María del Carmen*

AUTOEFICACIA Y BIENESTAR VINCULADOS AL COMPORTAMIENTO. ENVEJECIMIENTO EXITOSO.

AUTORES: Moreno Manzanares, Fátima. Morales Burgos, Yolanda. Moreno García, María del Carmen.

1. INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha generado un incremento de la población de 60 años de edad y con ello un gran interés por conocer el bienestar de las personas mayores, el cual se debe al aumento de las expectativas de vida de la población. La salud, el funcionamiento físico y el funcionamiento cognitivo, emocional y social son los dominios más relevantes del envejecimiento con éxito.



2. OBJETIVO:

Conocer la influencia del Bienestar y la Percepción de Autoeficacia en el envejecimiento exitoso y el estilo de vida saludable en adultos mayores.

3. METODOLOGIA: Revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en español e inglés a través de buscador Pubmed, Scielo y libros. Las palabras clave son: bienestar, wellbeing, autoeficacia, self efficacy, adultos mayores, older adults, envejecimiento exitoso, successful aging.

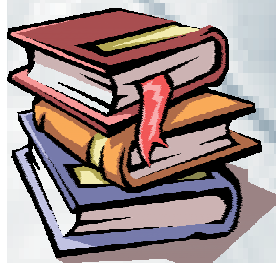
5. CONCLUSIONES: Los datos recogidos permiten concluir que con el paso del tiempo, conforme la persona avanza de edad, existe una pérdida de recursos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Todo ello hace que sea importante que los adultos mayores reevalúen constantemente sus propias capacidades, lo que constituye un proceso deseable y evaluable.

4. RESULTADOS: Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar subjetivo, reportando así, sentirse felices y evaluando su vida de manera positiva. A lo largo del proceso de envejecimiento vemos que el adulto mayor continuamente tiene que ajustarse y reajustarse a nuevos cambios ya sea físico, psíquico o social y también a la elaboración de pérdidas y procesos de duelo.

Es evidente la falta de investigación aplicada en esta temática, pues ninguno de los artículos analizados mostraron algún programa de intervención para la mejora del bienestar y autoeficacia en adultos mayores, lo cual, sin duda, resulta alarmante pues nos deja un enorme interrogante acerca de lo que los profesionales de la salud están haciendo o dejando de hacer para mejorar el bienestar, la autoeficacia, la calidad de vida y tantos otros factores importantes para el desarrollo del ser humano.

6. BIBLIOGRAFIA:

- González-Celis Rangel, Ana Luisa. (2009). *La autoeficacia en las actividades cotidianas*. Instituto de Geriatria. pp: 179-191
- González-Celis Rangel, Ana Luisa. (2013). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria. pp: 366-378
- Ortiz Arriagada, Juana Beatriz. Castro Salas, Manuel. *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería*. Ciencia y Enfermería XV (1): 25-31, 2009.



Resumen: El creciente envejecimiento de la población, nos plantea el desafío de identificar los factores que propician un envejecimiento satisfactorio. El bienestar experimentado por los adultos mayores, cuando manifiestan que sienten más emociones agradables que desagradables les hace comprometerse en actividades interesantes y productivas que hacen de su envejecimiento un proceso satisfactorio. La Autoeficacia, entendida como los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, constituye un aspecto positivo para la comprensión del proceso de envejecimiento saludable. Es de vital importancia para obtener un envejecimiento exitoso mantener una adecuada percepción de autoeficacia y experimentar unos niveles de bienestar subjetivo aceptables.

Palabras Clave: Bienestar Subjetivo, Autoeficacia, Adultos mayores débiles.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En los últimos años se ha generado un incremento de la población de 60 años de edad y con ello un gran interés por conocer el bienestar de las personas mayores, el cual se debe al aumento de las expectativas de vida de la población. La salud, el funcionamiento físico y cognitivo, emocional y social son los dominios más relevantes del envejecimiento con éxito.

La salud en la vejez no puede medirse sólo por la presencia o ausencia de enfermedades. También es necesario valorar el grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e invalidez. Si el incremento de la esperanza de vida en una población es debido a las acciones preventivas y actividades de promoción de salud eficaces, con una disminución en la morbilidad evitable temprana, finalmente menos personas enfermas o en riesgo llegarán a la ancianidad. La atención al adulto mayor se debe centrar en incrementar su autoeficacia y conservar al máximo el cuidado de sí mismo, la productividad y las actividades cotidianas; con el fin de aumentar su independencia y bienestar subjetivo y su calidad de vida.

Objetivo:

Conocer la influencia del Bienestar y la Percepción de Autoeficacia en el envejecimiento exitoso y el estilo de vida saludable en adultos mayores. Para ello se utilizaron las siguientes bases de datos:

Material y Método:

Se revisaron artículos y revisiones bibliográficas sobre la literatura científica existente en español e inglés a través de buscador Pubmed, Scielo, Google académico y libros.

Resultados:

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar subjetivo, reportando así, sentirse felices y evaluando su vida de manera positiva.

A lo largo del proceso de envejecimiento vemos que el adulto mayor continuamente tiene que ajustarse y reajustarse a nuevos cambios ya sea físico, psíquico o social y también a la elaboración de pérdidas y procesos de duelo. El adulto mayor puede aprender a prevenir algunos de esos cambios, a prepararse para afrontarlos. Sírvannos de ejemplo: la jubilación (cambio de estilo de vida y de roles), la marcha del hogar de los hijos, la llegada de los nietos, muerte del cónyuge o amigos, institucionalización, etc.

Es evidente la falta de investigación aplicada en esta temática, pues ninguno de los artículos analizados mostraron algún programa de intervención para la mejora del bienestar y autoeficacia en adultos mayores, lo cual, sin duda, resulta alarmante pues nos deja un enorme interrogante acerca de lo que los profesionales de la salud estamos haciendo o dejando de hacer para mejorar el bienestar, la autoeficacia, la calidad de vida y tantos otros factores importantes para el desarrollo del ser humano.

Conclusiones:

Según la bibliografía consultada, podemos concluir que con el paso del tiempo, conforme la persona avanza de edad, existe una pérdida de recursos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Todo ello hace que sea importante que los adultos mayores reevalúen constantemente sus propias capacidades, lo que constituye un proceso deseable y evaluable.

Bibliografía

- 1.- Pavón, María. Arias, Claudia. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. Rev. Latinoamericana de ciencia psicológica 5(2)74-80
- 2.- González-Celis Rangel, Ana Luisa. (2009). La autoeficacia en las actividades cotidianas. Instituto de Geriátría. pp: 179-191
- 3.- González-Celis Rangel, Ana Luisa. (2013). Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriátría. pp: 366-378
- 4.- Ortiz Arriagada, Juana Beatriz. Castro Salas, Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería XV (1): 25-31, 2009.

Capítulo 28

Baby led weaning y sus beneficios

Sánchez Díaz, María Cristina

BABY LED WEANING Y SUS BENEFICIOS

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha surgido el **Baby Led Weaning (BLW)** o también conocido como alimentación dirigida por el bebé, como alternativa a la introducción complementaria tradicional (purés y papillas).

Es un tipo de alimentación complementaria, que consiste en la introducción de alimentos sólidos, mediante la que se ofrece alimentos a los niños y ellos deciden qué tomar y en qué cantidades, respetando su ritmo.

Surgió con **Gill Rapley** (enfermera pediátrica) en Reino Unido, donde este método es más prevalente que en el resto de países.

Son numerosos los beneficios que aporta, pero debido a su reciente popularidad, son muchos los escépticos que se posicionan en contra de este método argumentando diferentes riesgos, por ello se procede a realizar una revisión sistemática, para valorar la seguridad y recomendación de este método con base en la literatura científica.

OBJETIVO

- Determinar la seguridad del método Baby Led Weaning.
- Conocer los beneficios que aporta este método.

MÉTODOLÓGIA

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos, COCHRANE, PUDMED y CUIDEN.

Criterios de inclusión: estudios de investigación originales cuantitativos, cualitativos o mixtos publicados desde 2010.

Criterios de exclusión: se excluyen publicaciones anteriores al 2010 y aquellos que no cumplen criterios de calidad.

Palabras clave: “baby led weaning”, “alimentación complementaria”, “demanda”, “destete”.

RESULTADOS

• BENEFICIOS BLW

Se pueden obtener numerosos beneficios al aplicar el BLW:

- Prevención de enfermedades como la obesidad infantil. Ya que se respeta los gustos del niño por la comida, así como las señales de saciedad.
- Autorregulación de la ingesta energética. Los bebés son los que controlan las sensaciones de hambre y saciedad, evitando con ello, un exceso incontrolado de la ingesta.
- Mejor aprovechamiento de los nutrientes. La mayoría de vegetales se ofrecen sin necesidad de mezclarlos con otros alimentos no precisando de tiempos de cocción excesivos donde se pierden gran cantidad de los nutrientes que aporta cada alimento.
- Desarrollo de gustos y preferencias. El niño es capaz de elegir y no rechazar ciertos alimentos a medida que se van incluyendo en su dieta.
- Alimentación equilibrada y variada que cubre las necesidades del niño.
- Favorece la participación del bebé en su alimentación, en las comidas familiares y le permite adoptar buenas actitudes frente a los alimentos.
- Fortalece los vínculos familiares al compartir los momentos durante las comidas.
- Mejor aceptación de los alimentos por parte del bebé, ya que se le permite explorar la comida.
- Mejora el desarrollo orofacial con la masticación y la psicomotricidad con el agarre de los alimentos.
- Incrementa las capacidades motrices del niño, tanto la motricidad fina como gruesa.
- Se fomenta la independencia y autonomía del niño ya que se permite el perfeccionamiento de sus habilidades motoras. También mejoran las destrezas en la masticación, motricidad fina y la coordinación.
- Permite la exploración y el juego, lo que favorece el aprendizaje del niño.
- Implica comer más saludable.

Es importante saber que, si existe un adecuado abordaje por parte de los diferentes profesionales y una correcta información de los padres, no existirán inconvenientes o motivos para llevar a cabo este método de alimentación, siendo un método totalmente seguro.

CONCLUSIONES

El BLW no es una moda sino, la adquisición de hábitos saludables que pueden aportar grandes beneficios a los niños y sus familias (dieta saludable), y, por tanto, a la sociedad (prevención obesidad infantil, enfermedades crónicas...).

A pesar de las múltiples controversias respecto a la aplicación de este método, es seguro llevarlo a cabo siempre y cuando exista una información previa por parte de los profesionales y padres, para que los bebés obtengan los beneficios del BLW.



BIBLIOGRAFÍA

- D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Pendezza E, Penagini F, Zuccotti GV, Peroni DG; Italian Society of Pediatrics. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018 May 3;44(1):49. doi: 10.1186/s13052-018-0487-8. PMID: 29724233; PMCID: PMC5934812.
- Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a casecontrolled sample. *BMJ Open.* 2012;2:e000298.
- Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of babyled introduction to SolidS—a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015;15:99.

Resumen: En los últimos años ha surgido el Baby Led Weaning (BWL) o alimentación dirigida por el bebé, como alternativa a la introducción complementaria tradicional. Son numerosos los beneficios que aporta, pero debido a su reciente popularidad, son muchos los escépticos que se posicionan en contra, por ello se realiza una revisión sistemática, para valorar la seguridad y recomendación de este método con base en la literatura científica. Si existe un adecuado abordaje por parte de los diferentes profesionales y una correcta información de los padres, no existirán inconvenientes o motivos para llevar a cabo este método, siendo totalmente seguro.

Palabras Clave: Baby Led Weaning, Alimentación Complementaria, demanda, destete

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En los últimos años ha surgido el Baby Led Weaning (BWL) o también conocido como alimentación dirigida por el bebé, como alternativa a la introducción complementaria tradicional (purés y papillas).

Es un tipo de alimentación complementaria, que consiste en la introducción de alimentos sólidos, mediante la que se ofrece alimentos a los niños y ellos deciden qué tomar y en qué cantidades, respetando su ritmo.

Surgió con Gill Rapley (enfermera pediátrica) en Reino Unido, donde este método es más prevalente que en el resto de países.

Son numerosos los beneficios que aporta, pero debido a su reciente popularidad, son muchos los escépticos que se posicionan en contra de este método argumentando diferentes riesgos, por ello se procede a realizar una revisión sistemática, para valorar la seguridad y recomendación de este método con base en la literatura científica.

Objetivo:

- Determinar la seguridad del método Baby Led Weaning.
- Conocer los beneficios que aporta este método.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos, COCHRANE, PUDMED y CUIDEN.

Criterios de inclusión: estudios de investigación originales cuantitativos, cualitativos o mixtos publicados desde 2010.

Criterios de exclusión: se excluyen publicaciones anteriores al 2010 y aquellos que no cumplen criterios de calidad.

Resultados:

Beneficios de aplicar BLW

Se pueden obtener números beneficios al aplicar el BLW:

- Previene enfermedades como la obesidad infantil. Ya que se respeta los gustos del niño por la comida, así como las señales de saciedad.
- Autorregulación de la ingesta energética. Los bebés son los que controlan las sensaciones de hambre y saciedad, evitando con ello, un exceso incontrolado de la ingesta.
- Mejor aprovechamiento de los nutrientes. La mayoría de vegetales se ofrecen sin necesidad de mezclarlos con otros alimentos no precisando de tiempos de cocción excesivos donde se pierden gran cantidad de los nutrientes que aporta cada alimento.
- Desarrollo de gustos y preferencias. El niño es capaz de elegir y no rechazar ciertos alimentos a medida que se van incluyendo en su dieta.
- Alimentación equilibrada y variada que cubre las necesidades del niño.
- Favorece la participación del bebé en su alimentación, en las comidas familiares y le permite adoptar buenas actitudes frente a los alimentos.
- Fortalece los vínculos familiares al compartir los momentos durante las comidas.
- Mejor aceptación de los alimentos por parte del bebé, ya que se le permite explorar la comida.
- Mejora el desarrollo orofacial con la masticación y la psicomotricidad con el agarre de los alimentos.
- Incrementa las capacidades motrices del niño, tanto la motricidad fina como gruesa.
- Se fomenta la independencia y autonomía del niño ya que se permite el perfeccionamiento de sus habilidades motoras. También mejoran las destrezas en la masticación, motricidad fina y la coordinación.
- Permite la exploración y el juego, lo que favorece el aprendizaje del niño.
- Implica comer más saludable.

Es importante saber que, si existe un adecuado abordaje por parte de los diferentes profesionales y una correcta información de los padres, no existirán inconvenientes o motivos para llevar a cabo este método de alimentación, siendo un método totalmente seguro.

Conclusiones:

El BLW no es una moda sino, la adquisición de hábitos saludables que pueden aportar grandes beneficios a los niños y sus familias (dieta saludable), y, por tanto, a la sociedad (prevención obesidad infantil, enfermedades crónicas...).

A pesar de las múltiples controversias respecto a la aplicación de este método, es seguro llevarlo a cabo siempre y cuando exista una información previa por parte de los profesionales y padres, para que los bebés obtengan los beneficios del BLW.

Bibliografía

1.- Bibliografía 1: D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Penderzza E, Penagini F, Zucchetti GV, Peroni DG; Italian Society of Pediatrics. Babyled weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018 May 3;44(1):49. doi: 10.1186/s13052-018-0487-8. PMID: 29724233; PMCID: PMC5934812.

2.- Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a casecontrolled sample. *BMJ Open.* 2012;2:e000298.

3.- Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of babyled introduction to Solids—a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015;15:99.

Capítulo 29

Beneficios de la administración de calostro en la mucosa orofaríngea en recién nacidos prematuros.

*Bolívar Lomas, María
García León, Belén*

BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE CALOSTRO EN LA MUCOSA OROFARÍNGEA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

María Bolívar Lomas, Belén García León.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos prematuros presentan un sistema inmune inmaduro, además de alteraciones en las barreras de defensa contra las infecciones. La administración de calostro por vía orofaríngea colocando pequeñas cantidades de calostro, en concreto 0,2 ml, en la mucosa oral siendo absorbido por la mucosa orofaríngea, aporta beneficios al recién nacido prematuro. Es una técnica segura, factible y bien tolerada por los recién nacidos prematuros.

OBJETIVO

Evaluar los beneficios que pueda tener la administración de calostro orofaríngeo en los recién nacidos prematuros.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos (SciELO, Pubmed y Cochrane). Se incluyeron los estudios a partir del año 2016 y aquellos que incluían a recién nacidos prematuros. No hubo limitaciones con el idioma.



RESULTADOS

El calostro, definido como la primera leche, es importante durante el paso de una nutrición intrauterina a extrauterina. Durante los primeros días sigue habiendo transporte paracelular de sustancias inmunológicas desde la circulación materna hasta la leche, por lo que existen niveles altos de proteínas inmunes que provocan la protección inmune en los recién nacidos prematuros.

Esto se traduce en que el calostro presenta ventajas en la protección del sistema digestivo e inmune. Estos beneficios reducen el riesgo de infección y de enterocolitis necrosante y mejoran la supervivencia. Además cambia los niveles de factores inmunológicos, como IgA secretora y la lactoferrina, en los fluidos corporales.

CONCLUSIÓN

Se necesitan estudios mejor diseñados y más ensayos clínicos que aporten calidad a los resultados, de tal forma que se puedan evaluar los efectos del calostro orofaríngeo aportando precisión y calidad en el resultado.

Resumen: Los recién nacidos prematuros presentan un sistema inmune inmaduro. La administración de calostro por vía orofaríngea aporta beneficios en el recién nacido prematuro. **Objetivos:** evaluar los beneficios que pueda tener la administración de calostro orofaríngeo en los recién nacidos prematuros. **Material y método:** se realizó una búsqueda en bases de datos (Scielo, Pubmed y Cochrane). **Resultados:** el calostro presenta ventajas en la protección del sistema digestivo e inmune. Reduce el riesgo de infección y de enterocolitis necrosante y mejoran la supervivencia. **Conclusiones:** se necesitan estudios mejor diseñados y más ensayos clínicos que aporten calidad a los resultados.

Palabras Clave: Recién nacido prematuro, Calostro orofaríngeo, Beneficios

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los recién nacidos prematuros presentan un sistema inmune inmaduro, además de alteraciones en las barreras de defensa contra las infecciones, como son la piel y el tracto digestivo. Debido a esta inmadurez, ingresan en unidades de cuidados neonatales durante periodos de tiempo largo.

Se ha demostrado que la alimentación con leche materna en los recién nacidos prematuros implica una menor incidencia de infecciones nosocomiales.

La administración de calostro por vía orofaríngea colocando pequeñas cantidades de calostro, en concreto 0,2 ml, en la mucosa oral siendo absorbido por la mucosa orofaríngea, aporta beneficios al recién nacido prematuro. Es una técnica segura, factible y bien tolerada por los recién nacidos prematuros. Esta administración de calostro es un complemento, pero no sustituye la alimentación.

Objetivo:

Evaluar los beneficios que pueda tener la administración de calostro orofaríngeo en los recién nacidos prematuros.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos (Scielo, Pubmed y Cochrane). Se incluyeron los estudios a partir del año 2016 y aquellos que incluían a recién nacidos prematuros. No hubo limitaciones con el idioma.

Resultados:

El calostro, definido como la primera leche, es importante durante el paso de una nutrición intrauterina a extrauterina. Durante los primeros días sigue habiendo transporte paracelular de sustancias inmunológicas desde la circulación materna hasta la leche, por lo que existen niveles altos de proteínas inmunes que provocan la protección inmune en los recién nacidos prematuros.

Esto se traduce en que el calostro presenta ventajas en la protección del sistema digestivo e inmune. Estos beneficios reducen el riesgo de infección y de enterocolitis necrosante y mejoran

la supervivencia. Además cambia los niveles de factores inmunológicos, como IgA secretora y la lactoferrina, en los fluidos corporales

Conclusiones:

Se necesitan estudios mejor diseñados y más ensayos clínicos que aporten calidad a los resultados, de tal forma que se puedan evaluar los efectos del calostro orofaríngeo aportando precisión y calidad en el resultado

Bibliografía

1. Nasuf AA, Ojha S, Dorling J. Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2018 Sept [citado 2022 Mayo 30]; Número 9. Art. N°: CD0119219). DOI: 10.1002/14651858.CD011921.pub2

2. Martín E, Jiménez MV, Peña M, Serrano L, Kajarabille N, Díaz J et al . Efectos de la administración de calostro orofaríngeo en recién nacidos prematuros sobre los niveles de inmunoglobulina A. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 Abr [citado 2022 Mayo 30]; 33(2): 232-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.95>.

3. Malerba MC. Uso de calostro como terapia inmunológica en recién nacidos prematuros. Parte II. Rev Enfermería neonatal. [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Mayo 30]; 26:16-22. Disponible en: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1076/Revista%20Enfermer%C3%ADa%20Neonatal.%20Abril%202018%3B26%3B16-22.pdf?sequence=1>

Capítulo 30

Beneficios de la esferodinamia en el trabajo de parto

Zarco González, Carmen M.ª.

Beneficios de la esferodinamia en el trabajo de parto

XIII Congreso Investigación Enfermería y Fisioterapia

Autora: Zarco González C.M.



Introducción

La esferodinamia es una técnica realizada con un balón terapéutico para el fortalecimiento de la musculatura abdominal, lumbar y del suelo pélvico. Además, permite la elongación de la musculatura paravertebral y el masaje perineal. Inicialmente, su uso se popularizó en gimnasios y servicios de rehabilitación y desde hace unos años su uso se ha incorporado en la asistencia durante la gestación y el parto. En muchos países es de gran importancia como profilaxis durante el embarazo. Permitiendo la reducción de lumbalgias y trastornos circulatorios, y a su vez, fortaleciendo la musculatura perineal y los esfínteres.

Objetivo principal

Conocer los beneficios de la esferodinamia en el trabajo de parto.

Objetivos específicos

- Efecto de la esferodinamia en el manejo del dolor durante el trabajo de parto.
- Efectos de la esferodinamia en la dilatación, encajamiento y descenso del feto.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica. Periodo de búsqueda: últimos diez años. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previamente; búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 44 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 12 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados.

Conclusión

La esferodinamia es una técnica que resulta segura a las mujeres y que aporta diferentes beneficios; reducción del dolor de espalda, reducción del estrés y ansiedad, así como la disminución de la presión de la parte inferior del abdomen.

Han sido reportados mayores beneficios en el manejo del dolor si la esferodinamia se combina con terapias como el calor local y el agua caliente.

Respecto a la dilatación, encajamiento y descenso fetal en el parto, la libertad de movimiento de la pelvis que ofrece la pelota, indica que su uso favorece la biomecánica del parto. Estudios escasos.

Los equipos de investigación sugieren que las matronas incorporen una serie de ejercicios dirigidos de inclinación pélvica para reportar mayores beneficios de la esferodinamia.

Bibliografía

- 1.- Gómez Coca S, Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital. 2016; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/242.php>.
- 2.- Pérez Valverde MC, Sánchez Rueda M, Ramírez Piedra MC, Sánchez Rodríguez A, Gómez López A, Martínez Bienvenido E. La introducción de la pelota en el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital. 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/159p.php>.
- 3.- Delgado-García BE, Orts-Cortés MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Pérez P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. Enferm Clin. 2012; 22 (1): 35-40. DOI 10.1016/j.enfcli.2011.07.001.
- 4.- Asti P. The effect of birth ball and supportive method on labor pain. Lorestan University of Medical Sciences. 2013; (3). Disponible en: <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT201208053081N2>.
- 5.- Taavoni S, Sheikhan F, Abdolalian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. CENTRAL. 2017; 24(2): 99-102. DOI <https://doi.org/10.1016/i.ctcp.2016.04.001>.

Resumen: La esferodinamia aporta grandes beneficios durante el embarazo y el parto, por ello es importante que los profesionales sanitarios conozcan la técnica y ayuden a las mujeres a ponerla en práctica. Se pretende conocer cuáles son estos beneficios mediante la revisión de la bibliografía. Algunos de los aspectos a destacar son: reduce lumbalgias, combinada con otras terapias como calor local, ayuda al manejo del dolor durante el parto, facilita el movimiento durante el parto, ayudando a la dilatación y biomecánica de este... En general, aporta grandes ventajas para las mujeres, por lo que su uso debería ser extendido y conocido.

Palabras Clave: Obstetrics labour, Birth ball, Benefits.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La esferodinamia es una técnica realizada con un balón terapéutico para el fortalecimiento de la musculatura abdominal, lumbar y del suelo pélvico. Además, permite la elongación de la musculatura paravertebral y el masaje perineal. Inicialmente, su uso se popularizó en gimnasios y servicios de rehabilitación y desde hace unos años su uso se ha incorporado en la asistencia durante la gestación y el parto. En muchos países es de gran importancia como profilaxis durante el embarazo. Permitiendo la reducción de lumbalgias y trastornos circulatorios, y a su vez, fortaleciendo la musculatura perineal y los esfínteres.

Objetivo:

Objetivo principal:

-Conocer los beneficios de la esferodinamia en el trabajo de parto.

Objetivos específicos:

-Efecto de la esferodinamia en el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

-Efectos de la esferodinamia en la dilatación, encajamiento y descenso del feto.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica restringiendo el periodo de búsqueda a los últimos diez años. Se ha dado preferencia a los artículos publicados en castellano e inglés, en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane. Previo a la consulta de estas bases de datos se ha realizado una búsqueda genérica en Google Académico.

Resultados:

Tras realizar las búsquedas en las bases de datos mencionadas con las palabras clave establecidas y el operador booleano "AND", 44 artículos han sido consultados y analizados con la herramienta de lectura crítica CASPE. Tras ello, 12 artículos han sido seleccionados, dando preferencia a los objetivos marcados. Esto se traduce en que el calostro presenta ventajas en la protección del sistema digestivo e inmune. Estos beneficios reducen el riesgo de infección y de enterocolitis ne-

crostante y mejoran la supervivencia. Además cambia los niveles de factores inmunológicos, como IgA secretora y la lactoferrina, en los fluidos corporales

Conclusiones:

Como conclusiones podemos destacar que es una técnica que resulta segura a las mujeres y que aporta diferentes beneficios. Entre ellos destaca, la reducción del dolor de espalda, la reducción del estrés y ansiedad, y así como la disminución de la presión de la parte inferior del abdomen.

Han sido reportados mayores beneficios en el manejo del dolor si la esferodinamia se combina con terapias como el calor local.

Respecto a la dilatación, encajamiento y descenso fetal en el parto, la libertad de movimiento de la pelvis que ofrece la pelota, indica que su uso favorece la biomecánica del parto pero en los artículos consultados la evidencia científica hallada ha sido escasa.

La mayoría de estudios consultados han sido enfocados a conocer los beneficios sobre el dolor en el parto.

Los equipos de investigación sugieren que las matronas incorporen una serie de ejercicios dirigidos de inclinación pélvica para reportar mayores beneficios de la esferodinamia.

Bibliografía

1.- Gómez Coca S, Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital, 2016; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/242.php>.

2.- Pérez Valverde MC, Sánchez Rueda M, Ramírez Piedra MC, Sánchez Rodríguez A, Gómez López A, Martínez Bienvenido E. La introducción de la pelota en el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital. 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/159p.php>.

3.- Delgado-García BE, Orts-Cortés MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Pérez P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. Enferm Clin. 2012; 22 (1): 35-40. DOI 10.1016/j.enfcli.2011.07.001.

4.- Asti P. The effect of birth ball and supportive method on labor pain. Lorestan University of Medical Sciences. 2013; (3). Disponible en: <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT201208053081N2>

5.- Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. CENTRAL. 2017; 24(2): 99-102. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>

Capítulo 31

Beneficios de realizar pinzamiento tardío del Cordón Umbilical en Recién Nacidos

Marín León, Marta

Beneficios de realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos

Marta Marín León

INTRODUCCIÓN

El alumbramiento es la tercera etapa del parto, que corresponde con la salida de la placenta tras haberse producido el nacimiento. En dicha etapa es donde se realiza el pinzamiento del cordón umbilical, con la intención de separar al feto de la placenta. Sin embargo, el momento en el cual se debe pinzar ese cordón genera mucha controversia.

OBJETIVO

El objetivo que se pretende con esta revisión sistemática es conocer los beneficios que supone realizar el pinzamiento tardío del cordón tanto en recién nacidos a término como en prematuros.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la bibliografía en las bases de datos PubMed, Cochrane, Dialnet y MeDes. La búsqueda se realizó en inglés y español usando los siguientes descriptores: <<pinzamiento>> (clamping), <<cordón umbilical>> (umbilical cord), <<nacimiento>> (birth), <<parto>> (childbirth). Estos términos se combinaron utilizando operadores booleanos.

RESULTADOS

Los resultados indican que realizar un pinzamiento tardío, no antes de los 2-3 minutos de vida, tiene múltiples beneficios en el neonato tales como permitir la transfusión placenta día y que pueda recibir el volumen de sangre que es del recién nacido, así disminuiría la posterior anemia y aumentaría las reservas de ferritina, si bien es cierto que aumentaría los valores de bilirrubina en sangre pero, como indica el estudio de De Bernardo et al. sin necesidad de fototerapia. El pinzamiento tardío también podría reducir el riesgo de muerte antes del alta en neonatos prematuros además de que se podría recibir atención neonatal inmediata con el cordón intacto aunque para ello se requiere más estudios. El pinzamiento tardío en prematuros puede conllevar un aumento del flujo sanguíneo de la vena cava superior y que puede tener como consecuencia una disminución de la incidencia de hemorragias intraventriculares, un menor riesgo de padecer enterocolitis necrotizante y una reducción de la aparición de sepsis tardía.

CONCLUSIONES

Parece estar justificado el retrasar el pinzamiento del cordón umbilical en los recién nacidos sanos, particularmente a la luz de la creciente evidencia de que el pinzamiento tardío aumenta las concentraciones de hemoglobina y las reservas de hierro en los bebés. Las matronas tenemos un papel fundamental ya que estamos en ese momento crucial y debemos fomentar que se realice el pinzamiento tardío siempre que sea posible.

Resumen: *El alumbramiento corresponde con la tercera etapa del parto, desde el nacimiento del feto a la expulsión de la placenta. Se ha generado mucha controversia de cuándo se debe pinzar ese cordón. El objetivo de esta revisión sistemática es conocer los beneficios que tiene realizar un pinzamiento tardío del cordón. Con esta práctica, al dejar más tiempo para que la sangre pase al neonato, permitiría al recién nacido mejores niveles de hemoglobina y reservas de ferritina, por lo tanto, disminuiría la anemia posterior, tanto a recién nacidos a término como pretérmino. Se debería aplicar esta práctica siempre que sea posible.*

Palabras Clave: *Pinzamiento tardío, Cordón umbilical, Recién nacido*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Alumbramiento es la tercera etapa del parto, que corresponde con la salida de la placenta tras haberse producido el nacimiento. En esta etapa es donde se realiza el pinzamiento del cordón umbilical, con la intención de separar al feto de la placenta. Sin embargo, el momento en el cual se debe pinzar ese cordón genera mucha controversia.

Objetivo:

El objetivo que se pretende con esta revisión sistemática es conocer los beneficios que supone realizar el pinzamiento tardío del cordón tanto en recién nacidos a término como en prematuros.

Metodología:

Se realizó una revisión de la bibliografía en las bases de datos PubMed, Cochrane, Dialnet y MedDes. La búsqueda se realizó en inglés y español usando los siguientes descriptores: «pinzamiento» (clamping), «cordón umbilical» (umbilical cord), «nacimiento» (birth), «parto» (childbirth). Estos términos se combinaron utilizando operadores booleanos.

Resultados:

Los resultados indican que realizar un pinzamiento tardío, no antes de los 2-3 minutos de vida, tiene múltiples beneficios en el neonato tales como permitir la transfusión placentaria y que pueda recibir el volumen de sangre que es del recién nacido, así disminuiría la posterior anemia y aumentaría las reservas de ferritina, si bien es cierto que aumentaría los valores de bilirrubina en sangre pero, como indica el estudio de De Bernardo et al., sin necesidad de fototerapia. El pinzamiento tardío también podría reducir el riesgo de muerte antes del alta en neonatos prematuros además de que se podría recibir atención neonatal inmediata con el cordón intacto, aunque para ello se requieren más estudios. El pinzamiento tardío en prematuros puede conllevar un aumento del flujo sanguíneo de la vena cava superior y que puede tener como consecuencia una disminución en la incidencia de hemorragias intraventriculares, un menor riesgo de padecer enterocolitis necrotizante y una reducción de la aparición de sepsis tardía.

Conclusiones:

Parece estar justificado el retrasar el pinzamiento del cordón umbilical en los recién nacidos a término sanos, particularmente a la luz de la creciente evidencia de que el pinzamiento tardío del cordón aumenta las concentraciones tempranas de hemoglobina y las reservas de hierro en los bebés. Las matronas tenemos un papel fundamental ya que estamos en ese momento crucial y debemos fomentar que se realice el pinzamiento tardío siempre que sea posible. Por última parte, siempre que la mujer y su persona lo deseen, que sean ellos los que pincen ese cordón y realicen la separación feo-placenta para que se sientan implicados dentro de este proceso no siendo un mero espectador.

Bibliografía

1.- Bibliografía 1 Ceriani Cernadas JM. Timing of umbilical cord clamping of term infants. Arch Argent Pediatr. 2017 Apr 1;115(2):188-194.

2.- Bibliografía 2 De Bernardo G, Giordano M, De Santis R, Castelli P, Sordino D, Trevisanuto D, Buonocore G, Perrone S. A randomized controlled study of immediate versus delayed umbilical cord clamping in infants born by elective caesarean section. Ital J Pediatr. 2020 May 24;46(1):71.

3.- Bibliografía 3 McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11;2013 (7).

4.- Bibliografía 4 Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019 Sept 17.

5.- Bibliografía 5 Larrosa Domínguez, M., Molina Fernández, M. Consecuencias y efectos del pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical. Metas enferm, 2016; 19(2): 62-67

Capítulo 32

Beneficios del uso de la esferodinamia en el embarazo y parto

*de la Torre Pérez, M^a Carmen
Guerrero Sola, Lorena
Ruiz Serrano, Jesús Javier*

BENEFICIOS DEL USO DE LA ESFERODINAMIA EN EL EMBARAZO Y PARTO

M^a Carmen de la Torre Pérez, Lorena Guerrero Sola, Jesús Javier Ruiz Serrano

INTRODUCCIÓN

La esferodinamia, introducida en 1980 en la obstetricia, se trata del uso de la conocida como pelota de pilates o de parto para proporcionar una superficie suave para que las embarazadas puedan sentarse o apoyarse mientras realizan movimientos sencillos.

El dolor durante el parto se asocia a la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, aumentando con la dilatación del cervix. Unas contracciones ineficaces influyen en la gestante de forma negativa provocando estrés, miedo y fatiga.

El uso de la esferodinamia como método no farmacológico se ha extendido en los últimos años por sus múltiples beneficios tanto en el embarazo como en el parto.

OBJETIVOS

- Conocer los distintos beneficios del uso de la esferodinamia en el embarazo y parto
- Aplicar estos conocimientos en la educación sanitaria en la consulta de enfermería

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de revisión bibliográfica en el que se han incluido diferentes estudios tras realizar una búsqueda en Cochrane, Cuiden y Pubmed. Se han revisado un total de 30 estudios de los cuales se han descartado 10 por no cumplir criterios de inclusión.

RESULTADOS

Se observan como beneficios durante el embarazo el fortalecimiento, relajación y estiramientos de los músculos del suelo pélvico. Además ayuda a mejorar las cifras de tensión arterial y peso durante la gestación. Estos beneficios pueden verse reflejados en los últimos meses de embarazo y en la finalización del parto.

Durante el trabajo de parto las gestantes, con el uso de la esferodinamia, pueden participar de forma activa consiguiendo una mayor satisfacción y control del dolor, además de disminuir su ansiedad.

La esferodinamia promueve los cambios de posición y mejora la relajación de la musculatura pélvica ayudando a la expansión de la pelvis, aumentando el diámetro de la apertura del cervix y el descenso de la presentación por el canal del parto lo que se refleja en una menor duración de la primera y segunda etapa del parto, favoreciendo así unas contracciones más efectivas y por tanto, el parto vaginal.

Además, estos beneficios pueden verse reflejados en la disminución de la hemorragia postparto y unos mejores resultados para madre y RN.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El uso de la esferodinamia parece mejorar la salud de la mujer durante el embarazo y parto. Por lo tanto, recomendar su uso en la consulta de enfermería como un elemento más que la restante puede añadir a su ejercicio físico diario puede favorecer la evolución de la etapa final del embarazo y el proceso de parto.

Resumen: *El uso de la esferodinamia como método no farmacológico se ha extendido por sus múltiples beneficios en el embarazo y el parto. El objetivo de este trabajo es conocer los distintos beneficios del uso de la esferodinamia en el embarazo y parto, así como aplicar esos conocimientos en la educación sanitaria en la consulta de enfermería. Durante el embarazo para fortalecer, relajar y estirar los músculos del suelo pélvico, y mejorar la salud general de la embarazada. En el parto ayuda a una mayor satisfacción y control del dolor y mejores resultados para madre y RN.*

Palabras Clave: *Embarazo, Parto, Dolor en el parto*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La esferodinamia, introducida en 1980 en la obstetricia, se trata del uso de la conocida como pelota de pilates o de parto para proporcionar una superficie suave para que las embarazadas puedan sentarse o apoyarse mientras realizan movimientos sencillos.

El dolor durante el parto se asocia a la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, aumentando con la dilatación del cérvix. Unas contracciones ineficaces influyen en la gestante de forma negativa provocando estrés, miedo y fatiga.

El uso de la esferodinamia como método no farmacológico se ha extendido en los últimos años por sus múltiples beneficios tanto en el embarazo como en el parto.

Objetivo:

- Conocer los distintos beneficios del uso de la esferodinamia en el embarazo y parto
- Aplicar estos conocimientos en la educación sanitaria en la consulta de enfermería

Material y Método:

Se trata de un estudio de revisión bibliográfica en el que se han incluido diferentes estudios tras realizar una búsqueda en Cochrane, Cuiden y Pubmed. Se han revisado un total de 30 estudios de los cuales se han descartado 10 por no cumplir criterios de inclusión.

Resultados:

Se observan como beneficios durante el embarazo el fortalecimiento, relajación y estiramientos de los músculos del suelo pélvico. Además, ayuda a mejorar las cifras de tensión arterial y peso durante la gestación. Estos beneficios pueden verse reflejados en los últimos meses de embarazo y en la finalización del parto.

Durante el trabajo de parto las gestantes, con el uso de la esferodinamia, pueden participar de forma activa consiguiendo una mayor satisfacción y control del dolor, además de disminuir su ansiedad.

La esferodinamia promueve los cambios de posición y mejora la relajación de la musculatura pélvica ayudando a la expansión de la pelvis, aumentando el diámetro de la apertura del cérvix y el descenso de la presentación por el canal del parto lo que se refleja en una menor duración de la primera y segunda etapa del parto, favoreciendo así unas contracciones más efectivas y por tanto, el parto vaginal.

Además, estos beneficios pueden verse reflejados en la disminución de la hemorragia postparto y unos mejores resultados para madre y RN.

Conclusiones:

El uso de la esferodinamia parece mejorar la salud de la mujer durante el embarazo y parto. Por lo tanto, recomendar su uso en la consulta de enfermería como un elemento más que la restante puede añadir a su ejercicio físico diario puede favorecer la evolución de la etapa final del embarazo y el proceso de parto.

Bibliografía

1.- Sanabria Martínez EE, Ortiz Serrano M, Chávez Barrios NE, Paggi Gordon, G, Ventura Cornejo FS, García ZG. Terapia de balón para el manejo del dolor y sus efectos en el parto. Alerta. 2022;5(1):57-63.

2.- Navas Arrebola R, Peteiro Mahía L, Blanco López S, López Castiñeira N, Seoane Pillado T, Pertega Díaz S. Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. Rev Esc Enferm USP. 2021;55e:03720.

3.- Zaky NH. Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress. J Nurs Health Sci. 2016;5(4):19–27.

Capítulo 33

Bridas Amnióticas caso clínico

*Sánchez Puertas, María
Porras Sánchez Escribano, Cristina
Armero Menchén, Beatriz
Ballesteros Benito, M^a Isabel
Arribas Toldos, Jaime*



INTRODUCCIÓN

El síndrome de bandas o bridas amnióticas (SBA) comprende un grupo de anomalías congénitas, que aparecen de forma esporádica, y se caracterizan por la aparición de anillos fibrosos producidos por la ruptura temprana del amnios que puede provocar, por isquemia, desde constricciones menores y linfedema de los dedos (77%) y en casos más severos se dan amputaciones de miembros, afectación de órganos internos y asociación con otras malformaciones, sobre todo cráneo-faciales y ortopédicas. La naturaleza y la gravedad de las consecuencias dependerán del tiempo de gestación, de la parte fetal afectada y de si se asocian otras alteraciones. Presenta una Incidencia de 1/15.000- 1/50.000. Se ha relacionado con diferentes **factores etiológicos**: traumatismos maternos abdominales, intervenciones quirúrgicas durante la gestación, uso de dispositivo intrauterino, malformaciones uterinas, enfermedades del colágeno (síndrome de Ehlers-Danlos, osteogénesis imperfecta), algunos fármacos (clomifeno, anticonceptivos orales) o biopsia de vellosidades coriales.



Miembro Superior Derecho pre intervención quirúrgica.



Revisión a los 3 años. MSD post intervención.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Fisura anormal en cabeza o cara
- Ausencia de todo o parte de un brazo o de una pierna (amputación congénita)
- Defecto del abdomen (hendidura o agujero) o de la pared torácica (si la banda se encuentra en esas zonas)
- Banda permanente o indentación alrededor de un brazo, pierna, dedo de la mano o del pie

DIAGNÓSTICO

Es de difícil diagnóstico antes del nacimiento. Pero la herramienta a través de la cual podemos identificar defectos es la ECOGRAFÍA PRENATAL, aunque solo se identifican un 29-50% de los casos.

TRATAMIENTO

Será distinto según el caso, a menudo, la deformidad no es grave y no requiere tratamiento. La cirugía fetal puede ayudar a mejorar el pronóstico en algunos casos, pero todavía no es claro cuáles son los bebés que se beneficiarán. Algunos casos mejoran y se resuelven antes del nacimiento. Sin embargo, en los casos más graves, es posible que se requiera una cirugía mayor para reconstruir total o parcialmente una parte del cuerpo. Algunos casos son tan graves que no pueden repararse y precisan interrupción del embarazo. Se deben hacer planes para un parto cuidadoso y el manejo del problema después del nacimiento.

OBSERVACION CLÍNICA

Paciente varón de 1 año y 9 meses de edad que acude como paciente ambulatorio al Servicio de Cirugía Plástica por presentar malformaciones en miembros desde su nacimiento. La madre cuenta que usó anticonceptivos orales al inicio del embarazo, hasta el 5º mes de gestación y realizó de forma tardía la primera consulta prenatal. A los 7 meses, mediante examen ecográfico, se identificó una malformación del antebrazo derecho del feto. Tras el nacimiento mediante parto normal, se observaron una serie de malformaciones que incluían bandas de constricción en el tercio medio del antebrazo derecho y en el tercer dedo de la mano izquierda, sindactilia y amputaciones de algunas falanges distales de manos y pies. Tras los exámenes preoperatorios de rutina y con el consentimiento por parte de los Servicios de Pediatría y Anestesiología, indicamos tratamiento quirúrgico. El plan quirúrgico incluía la resección de las bandas y la realización de zetaplastias para la liberación de los anillos fibrosos. El paciente fue intervenido bajo anestesia general.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con buen resultado estético y funcional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante conocer y modificar los factores de riesgo maternos que puedan llevar a la presencia de bridas amnióticas durante el embarazo. La mayoría de los casos son leves y su pronóstico para el desempeño normal es excelente. Los casos más graves tienen pronósticos más reservados. Es importante acudir a todas las revisiones que ginecología y obstetricia indican según la edad gestacional del feto y seguir todas las recomendaciones.

En el caso de ser necesaria una intervención quirúrgica hay que tener en cuenta el rápido crecimiento de los niños, ya que en ocasiones será necesario practicar nuevas, pues la propia retracción cicatricial puede perjudicar a las estructuras adyacentes; es por ello necesario hacer un seguimiento del niño durante todo su período de crecimiento hasta la adolescencia.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
00132 DOLOR AGUDO	1605 Control del dolor.	1400 Manejo del dolor. 2380 Manejo de la medicación.
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	01902 Control del riesgo. 00800	6540 Control de infecciones. 6550 Protección contra infecciones.
00007 TERMORREGULACIÓN. HIPERTERMIA	00800 Termorregulación.	3900 Regulación de la temperatura.
00028 HIDRATACIÓN. RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	00602 Hidratación.	4120 Manejo de los líquidos. 6680 Monitorización de signos vitales.
00085 DETERIORO MOVILIDAD FÍSICA	206 Movimiento articular activo.	224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1102 Curación de la herida por primera intención	3660 Cuidados de las heridas
00146 ANSIEDAD	01402 Control de la ansiedad.	5820 Disminución de la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Martín. Caracterización clínica de la secuencia de bridas amnióticas. Rev Cubana Genética Humana., 21 (1999), pp. 255-258
2. H. Bilbas, M. Atar, M. Espindola. Síndrome de bridas amnióticas. Arch Argent Pediatr., 100 (2002), pp. 240-244
3. Ortiz Murillo E, Cañete San Pastor P, Desco Blay J, Marcos Puig B, Balanzá Chancosa R. Síndrome de bridas amnióticas: caso clínico y revisión del tema. Prog Obstet Ginecol. 1 de abril de 2011; 54(4):184-7.
4. Montoya RF, Reyes AH, Pérez GO. Síndrome de Bidas Amnióticas. Revisión Bibliográfica. MULTIMED. 23 de febrero de 2017;20(5):251-9.
5. Passos da Rocha F, André Pires J, José Fagundes D, Saulo da Cunha R. Síndrome de bridas amnióticas: relato de un caso de tratamiento quirúrgico y revisión de la literatura. Cir plást iberlatinoam. junio de 2013;39(2):181-6.
6. NNNConsult . Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

AUTORES

MARÍA SÁNCHEZ PUERTAS
BEATRIZ ARMERO MENCHÉN
CRISTINA PORRAS SÁNCHEZ ESCRIBANO

M^{ra} ISABEL BALLESTEROS BENITO
JAIME ARRIBAS TOLDO

Resumen: El síndrome de bridas amnióticas (SBA) engloba un amplio espectro de alteraciones congénitas. La fisiopatología de esta dolencia está relacionada con alteraciones patológicas durante la embriogénesis y la organogénesis. Se considera un error de la morfogénesis de tipo disruptivo. Se han realizado diversos estudios para explicar la fisiopatología de esta entidad.

El siguiente trabajo tiene como objetivo presentar el caso clínico de un paciente de 1 año y 9 meses de edad que presentaba malformaciones secundarias al SBA, para poder profundizar en su etiopatogenia, así como diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esta dolencia.

Palabras Clave: Brida amniótica, Deformidades congénitas, Tratamiento quirúrgico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de bandas o bridas amnióticas (SBA) comprende un grupo de anomalías congénitas, que aparecen de forma esporádica, y se caracterizan por la aparición de anillos fibrosos producidos por la ruptura temprana del amnios que puede provocar, por isquemia, desde constricciones menores y linfedema de los dedos (77%) y en casos más severos se dan amputaciones de miembros, afectación de órganos internos y asociación con otras malformaciones, sobre todo cráneo-faciales y ortopédicas. La naturaleza y la gravedad de las consecuencias dependerán del tiempo de gestación, de la parte fetal afectada y de si se asocian otras alteraciones. Presenta una incidencia de 1/15.000- 1/ 50.000. Se ha relacionado con diferentes factores etiológicos: traumatismos maternos abdominales, intervenciones quirúrgicas durante la gestación, uso de dispositivo intrauterino, malformaciones uterinas, enfermedades del colágeno (síndrome de Ehlers-Danlos, osteogénesis imperfecta), algunos fármacos (clomifeno, anticonceptivos orales) o biopsia de vellosidades coriales.

· Signos y síntomas.

Entre los principales hallazgos cabe destacar:

- Aparición de una fisura anormal en cabeza o cara
- Ausencia de todo o parte de un brazo o de una pierna (amputación congénita).
- Defecto del abdomen (hendidura o agujero) o de la pared torácica (si la banda se encuentra en esas zonas).
- Presencia de bandas permanentes o indentación alrededor de un brazo, pierna, dedo de la mano o del pie.

· Diagnóstico.

Es de difícil diagnóstico antes del nacimiento. Pero la herramienta a través de la cual podemos identificar defectos es la ecografía prenatal, aunque solo se identifican un 29-50% de los casos.

· Tratamiento.

Será distinto según el caso, a menudo, la deformidad no es grave y no requiere tratamiento. La cirugía fetal puede ayudar a mejorar el pronóstico en algunos casos, pero todavía no es claro cuáles son los bebés que se beneficiarían. Algunos casos mejoran y se resuelven antes del nacimiento. Sin embargo, en los casos más graves, es posible que se requiera una cirugía mayor para reconstruir total o parcialmente una parte del cuerpo. Algunos casos son tan graves que no pueden repararse y precisan interrupción del embarazo.

Se deben hacer planes para un parto cuidadoso y el manejo del problema después del nacimiento.

Observación Clínica:

Paciente varón de 1 año y 9 meses de edad que acude como paciente ambulatorio al Servicio de Cirugía Plástica por presentar malformaciones en miembros desde su nacimiento. La madre cuenta que usó anticonceptivos orales al inicio del embarazo, hasta el 5º mes de gestación y realizó de forma tardía la primera consulta prenatal. A los 7 meses, mediante examen ecográfico, se identificó una malformación del antebrazo derecho del feto. Tras el nacimiento mediante parto normal, se observaron una serie de malformaciones que incluían bandas de constricción en el tercio medio del antebrazo derecho y en el tercer dedo de la mano izquierda, sindactilia y amputaciones de algunas falanges distales de manos y pies. Tras los exámenes preoperatorios de rutina y con el consentimiento por parte de los Servicios de Pediatría y Anestesiología, indicamos tratamiento quirúrgico. El plan quirúrgico incluía la resección de las bandas y la realización de zetaplastias para la liberación de los anillos fibrosos. El paciente fue intervenido bajo anestesia general.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con buen resultado estético y funcional.

Plan de Cuidados:

Una vez realizado el diagnóstico y establecida la necesidad de tratamiento quirúrgico, se elabora un plan de cuidados de enfermería enfocado a este proceso, con el fin de brindar unos cuidados integrales, que faciliten la recuperación del paciente, así como prevenir la aparición de complicaciones.

En este plan nos centramos en aspectos como es el control del dolor, o minimizar el riesgo de infección durante y post la intervención. Así, como asegurarnos un correcto estado general del paciente y realización de una vigilancia especial a las heridas quirúrgicas.

En este caso el paciente es un niño, con lo cual otro aspecto en el que enfocarnos es intentar disminuir la ansiedad que genera esta situación, para él y sus cuidadores principales.

Discusión y Conclusiones:

Es importante conocer y modificar los factores de riesgo maternos que puedan llevar a la presencia de bridas amnióticas durante el embarazo. La mayoría de los casos son leves y su pronóstico para el desempeño normal es excelente. Los casos más graves tienen pronósticos más reservados. Es importante acudir a todas las revisiones que ginecología y obstetricia indican según la edad gestacional del feto y seguir todas las recomendaciones.

En el caso de ser necesaria una intervención quirúrgica hay que tener en cuenta el rápido crecimiento de los niños, ya que en ocasiones será necesario practicar nuevas, pues la propia retracción

cicatricial puede perjudicar a las estructuras adyacentes; es por ello necesario hacer un seguimiento del niño durante todo su período de crecimiento hasta la adolescencia.

Bibliografía

1. D. Martín. Caracterización clínica de la secuencia de bridas amnióticas. Rev Cubana Genética Humana., 21 (1999), pp. 255-258
2. H. Bilbas, M. Atar, M. Espíndola. Síndrome de bridas amnióticas. Arch Argent Pediatr., 100 (2002), pp. 240-244
3. Ortiz Murillo E, Cañete San Pastor P, Desco Blay J, Marcos Puig B, Balanzá Chancosa R. Síndrome de bridas amnióticas: caso clínico y revisión del tema. Prog Obstet Ginecol. 1 de abril de 2011; 54(4):184-7.
4. Montoya RF, Reyes AH, Pérez GO. Síndrome de Bridas Amnióticas. Revisión Bibliográfica. MULTIMED. 23 de febrero de 2017;20(5):251-9.

Capítulo 34

Buena Praxis en la Epistaxis

*San Millán González, María
Varela Manrique, Sara
Nieto González, Pilar
Carnicero Nieto, David
Vaquero Almanza, Laura*



BUENA PRAXIS EN LA EPISTAXIS

San Millán González, M¹; Varela Manrique S²; Nieto González, P³; Carnicero Nieto, D⁴; Vaquero Almanza, L⁵

Especialista en Enfermería FyC y residente de ORL HCUV 1; Especialista en Enfermería FyC 2
Enfermera C.S. Medina del Campo Urbano 3,4; Enfermera Quirófano HCUV⁵



INTRODUCCIÓN

La **epistaxis** (término griego "*que fluye gota a gota*") es un proceso hemorrágico cuyo origen se encuentra en las fosas nasales o senos paranasales, y se exterioriza a través de las narinas o de la boca. La **rica vascularización de las fosas nasales** y su especial distribución, hace que la epistaxis sea una **urgencia frecuente**. La mayoría de los casos **ceden de manera espontánea** o con maniobras sencillas. En casos extremos puede amenazar la vida del paciente. La actitud fundamental ante una epistaxis es diagnosticarla, valorar la repercusión hemodinámica de la hemorragia y buscar la causa, una vez asegurado el tratamiento (1).

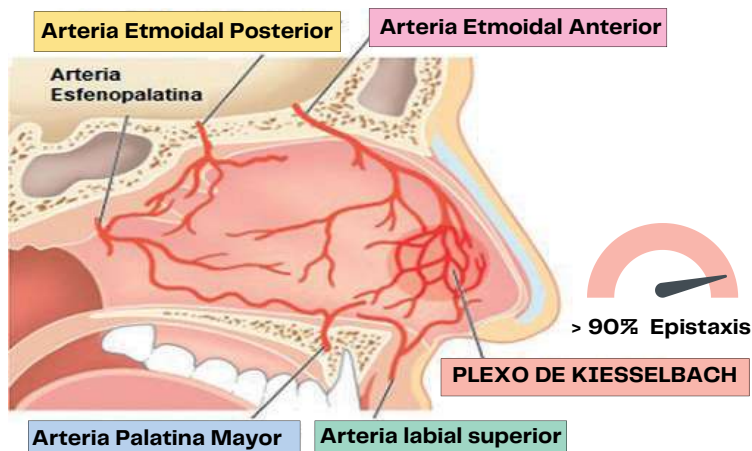


Figura 1. Anatomía vascular de las fosas nasales (2)

Diagnóstico:

Si la **epistaxis es anterior**, se exterioriza a través de las fosas nasales (forma más frecuente). Si es **posterior**, lo hace a través de la orofaringe (1).



Figura 2. Exploración de la nariz y senos paranasales (1) (4)

CONCLUSIONES

- Las epistaxis más frecuentes son de origen anterior y causa sistémica.
- La mayoría ceden con sencillas maniobras, pero pueden llegar a ser una urgencia vital.
- La elección de la técnica terapéutica más adecuada será vital para su resolución.
- Los cuidados posteriores al taponamiento son muy importantes por lo que se insistirá en que el paciente los haya comprendido.



BIBLIOGRAFÍA

1. Chacón Martínez DJ, Morales Puebla JM, Padilla M. Libro virtual de formación en ORL [Internet]. Seorl.net. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/050%20-%20EPISTAXIS%20%20Y%20CUERPOS%20EXTRA%C3%91OS%20NASALES.pdf>
2. Seorl.net. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/wp-content/uploads/2019/10/PONENCIA-2019-SEORL.pdf>
3. Ciber Revista: [Internet]. Enfermeriadeurgencias.com. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>
4. Webs.um.es. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: https://webs.um.es/sprek/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=exploracio_n_cla_sica_rinosinusal.pdf

OBJETIVOS

- Conocer última evidencia científica sobre la epistaxis.
- Diagnosticar correctamente la epistaxis.
- Tratar y actuar precozmente ante una epistaxis por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura. Estrategia de búsqueda en: Biblioteca Virtual de Salud(BVS), Medline, Cochrane, Cuiden, Red de evaluación de tecnologías sanitarias, OMS. Se completa con búsqueda referencial, búsqueda intuitiva en Google. Se formuló la pregunta-formato PICO, y búsqueda con DeCs/MeSH. Se amplía con búsqueda referencial adicional bibliográfica.

RESULTADOS

Etiología

- **LOCAL 1/3:** Idiopáticas, traumáticas, cuerpos extraños, factores ambientales, rinitis inespecíficas, neoplasias y miscelánea (pólipo sanguíneo del tabique, irritantes tóxicos y malformaciones vasculares).
- **SISTÉMICAS 2/3:** Enfermedades infecciosas, cardiovasculares (aumento de la presión arterial, coagulopatías), discrasias sanguíneas, causas endocrinas y un grupo misceláneo (3).

Cuidados de Enfermería:

- Control de **T.A., FC y signos hipoperfusión** periférica.
- Localización del punto sangrante, manteniendo al paciente sentado con la **cabeza en posición vertical**.
- Colaborar en la técnica terapéutica de elección:

Presión digital: Algodón empapado en agua oxigenada y/o lidocaína con epinefrina al 2% o adrenalina a 1:1000 (excepto contraindicaciones) y compresión durante 10'.

Cauterización: Varillas de nitrato de plata, **evitando** cauterizar directamente en el **punto sangrante**.

Si no cede:

Taponamiento Anterior 24-48 horas

- Utilizaremos una gasa orillada (en su defecto tiras de gasa normal), impregnada con vaselina estéril o pomada antibiótica rellenando la cavidad con la mayor cantidad de gasa posible.

Taponamiento Posterior: lo realiza el especialista ORL.

Evitar ejercicio intenso o levantamiento de peso, bebidas alcohólicas, bebidas calientes, tos, sonarse la nariz, abrir la boca para disminuir la presión.

Acudir a urgencias si: hemorragia recurrente, dificultad respiratoria, deslizamiento de sangre a la garganta, fiebre, exantema (3).

Resumen: La epistaxis es un proceso hemorrágico cuyo origen se encuentra en las fosas nasales o senos paranasales, y se exterioriza a través de las narinas o de la boca. En la actualidad supone una de las urgencias más frecuentes tanto en atención especializada de ORL como en atención primaria. La mayoría de los casos ceden de manera espontánea o con maniobras sencillas. En casos extremos puede amenazar la vida del paciente. Con el presente trabajo se pretende que el personal de enfermería sea capaz de diagnosticarla, valorar la repercusión hemodinámica de la hemorragia y buscar la causa, una vez asegurado el tratamiento.

Palabras Clave: Epistaxis, Hemorragia nasal, Atención de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La **epistaxis** (término griego "*que fluye gota a gota*") es un proceso hemorrágico cuyo origen se encuentra en las fosas nasales o senos paranasales, y se exterioriza a través de las narinas o de la boca. La **rica vascularización de las fosas nasales** y su especial distribución, hace que la epistaxis sea una **urgencia frecuente**. La mayoría de los casos **ceden de manera espontánea** o con maniobras sencillas. En casos extremos puede amenazar la vida del paciente. La actitud fundamental ante una epistaxis es diagnosticarla, valorar la repercusión hemodinámica de la hemorragia y buscar la causa, una vez asegurado el tratamiento.

Objetivos:

Conocer última evidencia científica sobre la epistaxis. Diagnosticar correctamente la epistaxis. Tratar y actuar precozmente ante una epistaxis por parte del personal de enfermería.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura. Estrategia de búsqueda en: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Medline, Cochrane, Cuiden, Red de evaluación de tecnologías sanitarias, OMS. Se completa con búsqueda referencial, búsqueda intuitiva en Google. Se formuló la pregunta-formato PICO, y búsqueda con DeCs/MeSH. Se amplía con búsqueda referencial adicional bibliográfica.

Resultados:

Etiología: LOCAL 1/3: Idiopáticas, traumáticas, cuerpos extraños, factores ambientales, rinitis inespecíficas, neoplasias y miscelánea (pólipo sanguíneo del tabique, irritantes tóxicos y malformaciones vasculares). SISTÉMICAS 2/3: Enfermedades infecciosas, cardiovasculares (aumento de la presión arterial, coagulopatías), discrasias sanguíneas, causas endocrinas y un grupo misceláneo. **Diagnóstico:** Si la epistaxis es anterior, se exterioriza a través de las fosas nasales (forma más frecuente). Si es posterior, lo hace a través de la orofaringe. **Cuidados de Enfermería:** Control de **T.A., FC y signos hipoperfusión** periférica. Localización del punto sangrante, manteniendo al paciente sentado con la **cabeza en posición vertical**. Colaborar en la técnica terapéutica de elección: **Presión digital:** Algodón empapado en agua oxigenada y/o lidocaína con epinefrina al 2% o adrenalina a 1:1000 (excepto contraindicaciones) y compresión durante **10'**. **Cauterización:** Varillas

de nitrato de plata, **evitando** cauterizar directamente en el **punto sangrante**. **Si no cede: Taponamiento Anterior 24-48 horas:** Utilizaremos una gasa orillada (en su defecto tiras de gasa normal), impregnada con vaselina estéril o pomada antibiótica rellenando la cavidad con la mayor cantidad de gasa posible. **Taponamiento Posterior:** lo realiza el especialista ORL. Evitar ejercicio intenso o levantamiento de peso, bebidas alcohólicas, bebidas calientes, tos, sonarse la nariz, abrir la boca para disminuir la presión. Acudir a urgencias si: hemorragia recurrente, dificultad respiratoria, deslizamiento de sangre a la garganta, fiebre, exantema..

Conclusiones:

Las epistaxis más frecuentes son de origen anterior y causa sistémica. La mayoría ceden con sencillas maniobras, pero pueden llegar a ser una urgencia vital. La elección de la técnica terapéutica más adecuada será vital para su resolución. Los cuidados posteriores al taponamiento son muy importantes por lo que se insistirá en que el paciente los haya comprendido.

Bibliografía

- 1.- Chacón Martínez DJ, Morales Puebla JM, Padilla M. Libro virtual de formación en ORL [Internet]. Seorl.net. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/050%20-%20EPISTAXIS%20%20Y%20CUERPOS%20EXTRA%C3%91OS%20NASALES.pdf>
- 2.- Seorl.net. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/wp-content/uploads/2019/10/PONENCIA-2019-SEORL.pdf>
- 3.- Ciber Revista: [Internet]. Enfermeriadeurgencias.com. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>
- 4.- Webs.um.es. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: https://webs.um.es/sprek/miwiki/lib/exe/fetch.php?media=exploracio_n_cla_sica_rinosinusal.pdf

Capítulo 35

Calidad del sueño en trabajadores a turnos. Revisión de la literatura

*Sánchez Rodríguez de la Paz, Ángela
Galán Zamora, Aránzazu
Moreno Cazallas, Berísimo*

A.SÁNCHEZ RODRÍGUEZ DE LA PAZ, A.GALÁN ZAMORA, B.MORENO CAZALLAS.
HGUCR

INTRODUCCIÓN

El sueño es una necesidad humana básica, se puede definir como el estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad y por un gran incremento en el umbral o en la respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia.

Hay una gran diversidad de factores que pueden afectar a la hora de conciliar el sueño y a su calidad. Entre ellos están los factores psicológicos, ambientales, socioculturales y económicos, donde se engloban los hábitos de vida y el tipo de trabajo con sus horarios.

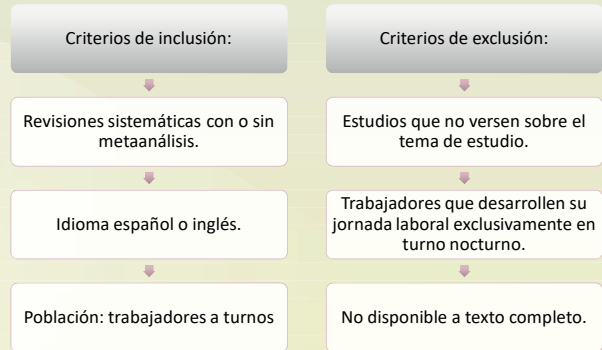
El Estatuto de los Trabajadores, define el trabajo a turnos como "toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas" ..

OBJETIVO

Revisar en la literatura la evidencia de la existencia de alteraciones del sueño en los trabajadores a turnos

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Scholar, Pubmed, y Cochrane. La búsqueda se realizó durante el mes de marzo de 2022 utilizando los términos DeCS "insomnio" y "Shift work".



RESULTADOS

Mediante la búsqueda realizada en Google Scholar, Pubmed y Cochrane y tras lectura de título y resumen se seleccionaron 6 revisiones sistemáticas, de las cuales tras la lectura del texto completo y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 3 revisiones sistemáticas.

ESTUDIO	AÑO	ARTÍCULOS INCLUIDOS	RESULTADOS PRINCIPALES
The Effect of Shift Rotation on Employee Cortisol Profile, Sleep Quality, Fatigue, and Attention Level: A Systematic Review. Shu-Fen Niu and col.	2011	28	El trabajo por turnos altera los ritmos circadianos y, por lo tanto, afecta a la calidad del sueño. También provoca fatiga y disminuye los niveles de atención, lo que puede provocar una disminución del rendimiento laboral y un mayor número de incidentes críticos.
La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. Juan Vega-Escañó and col.	2020	13	Los resultados de esta revisión evidencian, en todos los estudios incluidos, una relación directa entre la turnicidad y el insomnio, siendo éste el trastorno del sueño más prevalente y responsable en la afectación de la calidad del sueño de los trabajadores. A tenor de los resultados de nuestra revisión podemos concluir que el insomnio, de manera general y también en particular, originado o influenciado por la turnicidad, es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a la calidad de vida personal y laboral de los trabajadores, independientemente del sector profesional al que pertenecen.
Prevalence of insomния in shift workers: a systematic review. Renata Silva Brito and col.	2021	5	La presente revisión sistemática identificó una alta prevalencia de insomnio en los trabajadores por turnos en comparación con la población general. Además, se observó una mayor prevalencia entre las mujeres y las personas solteras y no hubo una variación significativa en función de la edad y la ocupación. Por otra parte, la relación entre el horario de los turnos de trabajo y la aparición del insomnio sigue siendo controvertida.

Existe una relación directa entre el trabajo a turnos y la calidad del sueño. Diversos estudios señalan que la prevalencia de trastornos del sueño en la población general se sitúa entre el 20 y 30% e incrementa con la edad. La principal dificultad es el insomnio, el cual es casi el doble de frecuente en la mujer. Un 60% de los trabajadores por turnos informa de alteraciones en el ritmo circadiano.

Las manifestaciones de esta afectación se traducen en cefaleas, dorsalgias, dolencias gástricas, náuseas, dolores en las piernas, insomnio, sueño agitado, astenia, alteraciones inmunológicas, fatiga general y alteraciones en los hábitos. Los trabajadores a turnos se ha evidenciado que tienen un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, depresión y ansiedad

CONCLUSIONES

Los problemas del sueño influenciados por el trabajo a turnos suponen un problema de Salud Pública a nivel mundial. Existiendo una alta prevalencia de trastornos del sueño en los trabajadores a turnos.

La mala calidad del sueño de los trabajadores repercute negativamente en su salud, lo que puede llevar a un aumento del número de incapacidades laborales de tipo temporal (IT), en aumento de la siniestralidad laboral incremento del absentismo.

La calidad del sueño así como sus alteraciones son fenómenos complejos de definir y medir de forma objetiva.

Sería importante la implantación de medidas para la mejora de la calidad del sueño de los trabajadores y la investigación de formas de medición objetivas de dicha calidad del sueño.



Resumen: *Introducción: El sueño es una necesidad humana básica. Hay una gran diversidad de factores que pueden afectar al sueño. Entre ellos están los hábitos de vida y el tipo de trabajo.*

Objetivo: revisar en la literatura la evidencia de la existencia de alteraciones del sueño en los trabajadores a turnos.

Metodología: Revisión bibliográfica en Google Scholar, Pubmed, y Cochrane en marzo de 2022.

Resultados: Existe una relación directa entre el trabajo a turnos y calidad del sueño.

Conclusiones: Hay una alta prevalencia de trastornos del sueño en los trabajadores a turnos siendo un problema de Salud Pública a nivel mundial.

Palabras Clave: *Insomnia, Shift work*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sueño es una necesidad humana básica, se puede definir como el estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad y por un gran incremento en el umbral o en la respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia.

Hay una gran diversidad de factores que pueden afectar a la hora de conciliar el sueño y a su calidad. Entre ellos están los factores psicológicos, ambientales, socioculturales y económicos, donde se engloban los hábitos de vida y el tipo de trabajo con sus horarios.

En el sector de la sanidad, la mayor parte de los empleados trabajan por turnos, lo que va a afectar a sus hábitos y calidad del sueño.

En el marco legal, en el Estatuto de los Trabajadores, se define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”. El trabajo nocturno es el que tiene lugar entre las 22 y las 6 h, considerándose trabajador nocturno el que realice normalmente en periodo nocturno una parte no inferior a 3 h de su jornada laboral diaria.

Objetivos:

Revisar en la literatura la evidencia de la existencia de alteraciones del sueño en los trabajadores a turnos

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Scholar, Pubmed, y Cochrane. La búsqueda se realizó durante el mes de marzo de 2022 utilizando los términos DeCS “insomnia” y “Shift work”.

Los criterios de inclusión fueron:

Revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis.

Idioma español o inglés.

Población: trabajadores a turnos

Criterios de exclusión:

Estudios que no versen sobre el tema de estudio.

Trabajadores que desarrollen su jornada laboral exclusivamente en turno nocturno.

No disponible a texto completo.

Resultados:

Mediante la búsqueda realizada en Google Scholar, Pubmed y Cochrane y tras lectura de título y resumen se seleccionaron 6 revisiones sistemáticas, de las cuales tras la lectura del texto completo y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 3 revisiones sistemáticas. Las cuales son:

- The Effect of Shift Rotation on Employee Cortisol Profile, Sleep Quality, Fatigue, and Attention Level: A Systematic Review. Shu-Fen Niu, Min-Huey Chung, Chiung-Hua Chen, Desley Hegney, Anthony O'Brien, Kuei-Ru Chou .

Resultados principales: "El trabajo por turnos altera los ritmos circadianos y, por lo tanto, afecta a la calidad del sueño. También provoca fatiga y disminuye los niveles de atención, lo que puede provocar una disminución del rendimiento laboral y un mayor número de incidentes críticos."

- "la turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. Juan Vega-Escañó, Ana María Porcel-Gálvez, Sergio Barrientos-Trigo, José Manuel Romero-Sánchez y Rocío de Diego-Cordero".

Resultados principales: "Los resultados de esta revisión evidencian, en todos los estudios incluidos, una relación directa entre la turnicidad y el insomnio, siendo éste el trastorno del sueño más prevalente y responsable en la afectación de la calidad del sueño de los trabajadores. A tenor de los resultados de nuestra revisión podemos concluir que el insomnio, de manera general y también en particular, originado o influenciado por la turnicidad, es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a la calidad de vida personal y laboral de los trabajadores, independientemente del sector profesional al que pertenecen."

- Prevalence of insomnia in shift workers: a systematic review. Renata Silva Brito, Cristiane Dias, Agenor Afonso Filho, Cristina Salles.

Resultados principales: La presente revisión sistemática identificó una alta prevalencia de insomnio en los trabajadores por turnos en comparación con la población general. Además, se observó una mayor prevalencia entre las mujeres y las personas solteras y no hubo una variación significativa en función de la edad y la ocupación. Por otra parte, la relación entre el horario de los turnos de trabajo y la aparición del insomnio sigue siendo controvertida. Esta revisión sugiere una importante asociación entre el insomnio y el trabajo por turnos, con las siguientes consecuencias: disminución del rendimiento profesional y social, y repercusiones en la salud física y mental, lo que

refuerza la necesidad de identificar e intervenir precozmente sobre los posibles daños a la salud de estos trabajadores."

Conclusiones:

Los problemas del sueño influenciados por el trabajo a turnos suponen un problema de Salud Pública a nivel mundial. Existiendo una alta prevalencia de trastornos del sueño en los trabajadores a turnos.

La mala calidad del sueño de los trabajadores repercute negativamente en su salud, lo que puede llevar a un aumento del número de incapacidades laborales de tipo temporal (IT), en aumento de la siniestralidad laboral e incremento del absentismo.

La calidad del sueño, así como sus alteraciones son fenómenos complejos de definir y medir de forma objetiva.

Sería importante la implantación de medidas para la mejora de la calidad del sueño de los trabajadores y la investigación de formas de medición objetivas de dicha calidad el sueño.

Bibliografía

- 1.- Niu SF, Chung MH, Chen CH, Hegney D, O'Brien A, Chou KR. The effect of shift rotation on employee cortisol profile, sleep quality, fatigue, and attention level: A systematic review. *J Nurs Res.* 2011;19(1):68–81.
- 2.- Brito RS, Dias C, Filho AA, Salles C. Prevalence of insomnia in shift workers: A systematic review. *Sleep Sci.* 2021;14(1):47–54.
- 3.- Vega-Escaño J, Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S, Romero-Sánchez JM, De Diego-Cordero R. La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: 14 de julio e202007047

Capítulo 36

Campo Quirúrgico reutilizable VS Desechable en la Prevención de Infecciones de la herida Quirúrgica

*González Serrano, Juan Antonio
García Valenciano, Agustín*

CAMPO QUIRÚRGICO REUTILIZABLE VS DESECHABLE EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

AUTORES: González Serrano, Juan Antonio; García Valenciano, Agustín.

INTRODUCCIÓN:

La infección de la herida quirúrgica es una complicación grave, que incrementa la morbimortalidad y la estancia hospitalaria, y como resultado, también el gasto sanitario. Una posible causa de infección es la contaminación del sitio quirúrgico desde el propio campo, por lo que se decide revisar si existe diferencia entre el uso de los campos quirúrgicos reutilizables de tela y los desechables de plástico en la prevención de infecciones quirúrgicas.

OBJETIVOS:

Determinar si el uso del campo quirúrgico reutilizable o el desechable podría afectar a la infección de la herida quirúrgica

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Surgical drape, disposable, reusable y surgical site infection. Para la búsqueda se ha utilizado el operador booleano "and". Se encontraron 21 artículos, de los cuales se han incluido 5. Como criterio de inclusión, se han incluido los artículos más recientes y se han excluido aquellos que no hicieran una comparación entre el uso de ambos tipos de campos quirúrgicos.

RESULTADOS:

AUTOR	CAMPO QUIRÚRGICO DESECHABLE		CAMPO QUIRÚRGICO REUTILIZABLE	
	N.º INTERVENCIONES	N.º INFECCIONES HERIDA QUIRÚRGICA	N.º INTERVENCIONES	N.º INFECCIONES HERIDA QUIRÚRGICA
MOYLAN	1060	30 (2,8%)	1121	72 (6,5%)
SHOWALTER	59	0 (0%)	43	5 (11,62%)
MOYLAN	1100	25 (2,27%)	1153	74 (6,41%)
BALDWIN	3236	15 (0,43%)	3152	35 (1,11%)
BELLCHAMBERS	250	13 (5,2%)	236	12 (5,08%)
	234	27 (11,53%)	216	31 (14,35%)

CONCLUSIÓN:

Analizados los resultados se observa que la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica es mayor en aquellas intervenciones en las que se usaron los campos quirúrgicos reutilizables, por lo que mediante el uso de campos quirúrgicos desechables se podría reducir el riesgo de infecciones postquirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Moylan JA, Fitzpatrick KT, Davenport KE. Reducing wound infections. Improved gown and drape barrier performance. Arch Surg. 1987 Feb;122(2):152-7
- 2.- Showalter BM, Crantford JC, Russell GB, Marks MW, DeFranzo AJ, Thompson JT, Pestana IA, David LR. The effect of reusable versus disposable draping material on infection rates in implant-based breast reconstruction: a prospective randomized trial. Ann Plast Surg. 2014;72(6):S165-9
- 3.- Moylan JA, Kennedy BV. L'importanza di camici e teli come barriera per prevenire le infezioni post-operatorie [Importance of surgical gowns and drapes as barriers for prevention of postoperative infections]. Minerva Chir. 1981 Oct 31;36(20):1365-72
- 4.- Baldwin BC, Fox IL, Russ C. Affect of disposable draping on wound infection rate. Va Med. 1981 Jul;108(7):477
- 5.- Bellchambers J, Harris JM, Cullinan P, Gaya H, Pepper JR. A prospective study of wound infection in coronary artery surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 1999 Ene;15(1):45-50

Resumen: La infección de la herida quirúrgica es una complicación grave que incrementa la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Una posible causa de esta infección es la contaminación del sitio quirúrgico desde el propio campo, por lo que se decide hacer una revisión bibliográfica para determinar si existe diferencia entre el uso del campo quirúrgico reutilizable de tela y el desechable de plástico, y se llega a la conclusión de que el uso de los campos quirúrgicos desechables podría reducir el riesgo de infecciones postquirúrgicas.

Palabras Clave: Paños quirúrgicos, Equipos Desechables, Infección de la herida quirúrgica

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La infección de la herida quirúrgica es una complicación grave, que incrementa la morbimortalidad y la estancia hospitalaria, y como resultado, también el gasto sanitario. Una posible causa de infección es la contaminación del sitio quirúrgico desde el propio campo, por lo que se decide revisar si existe diferencia entre el uso de los campos quirúrgicos reutilizables de tela y los desechables de plástico en la prevención de infecciones quirúrgicas.

Objetivos:

Determinar si el uso del campo quirúrgico reutilizable o el desechable podría afectar a la infección de la herida quirúrgica

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Surgical drape, disposable, reusable y surgical site infection. Para la búsqueda se ha utilizado el operador booleano "and". Se encontraron 21 artículos, de los cuales se han incluido 5. Como criterio de inclusión, se han incluido los artículos más recientes y se han excluido aquellos que no hicieran una comparación entre el uso de ambos tipos de campos quirúrgicos.

Resultados:

1. En el estudio de Moylan, de 1060 intervenciones con el campo quirúrgico desechable, hubo 30 infecciones de la herida quirúrgica (2,8%); mientras que de 1121 intervenciones con el campo quirúrgico reutilizable, hubo 72 infecciones (6,5%).

2. En el trabajo de Showalter, se analizan 59 operaciones con el campo desechable en las que hubo 0 infecciones (0%), y 43 operaciones con el campo reutilizable en las que hubo 5 infecciones (11,62%)

3. En un segundo estudio Moylan analizó 1100 intervenciones en las que se usaron campos quirúrgicos desechables y se produjeron 25 infecciones de la herida quirúrgica (2,27%), y 1153 intervenciones en las que se usaron campos quirúrgicos reutilizables en las que hubo 76 infecciones (6,41%)

4. En el trabajo de Baldwin se analizan 3236 operaciones en las que usaron campos quirúrgicos desechables y se produjeron 15 infecciones de la herida quirúrgica (0,43%) y 3152 en las que se usaron campos quirúrgicos reutilizables y se produjeron 35 infecciones (1,11%)

5. Bellchambers analiza 250 intervenciones con herida quirúrgica en esternón y 234 con herida quirúrgica en la pierna, en las que se usa el campo quirúrgico desechable y se producen 13 (5,2%) y 27 (11,53%) infecciones de la herida quirúrgica respectivamente. También analiza 236 intervenciones en esternón y 216 en la pierna, en las que se usaron campos quirúrgicos reutilizables, y se produjeron 12 (5,08%) y 31 (14,35%) infecciones de la herida quirúrgica respectivamente.

Conclusiones:

Analizados los resultados se observa que la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica es mayor en aquellas intervenciones en las que se usaron los campos quirúrgicos reutilizables, por lo que mediante el uso de campos quirúrgicos desechables se podría reducir el riesgo de infecciones postquirúrgicas.

Bibliografía

1.- Moylan JA, Fitzpatrick KT, Davenport KE. Reducing wound infections. Improved gown and drape barrier performance. Arch Surg. 1987 Feb;122(2):152-7

2.- Showalter BM, Crantford JC, Russell GB, Marks MW, DeFranzo AJ, Thompson JT, Pestana IA, David LR. The effect of reusable versus disposable draping material on infection rates in implant-based breast reconstruction: a prospective randomized trial. Ann Plast Surg. 2014;72(6): S165-9.

3.- Moylan JA, Kennedy BV. L' importancia di camici e teli come barriera per prevenire le infezioni post-operatorie [Importance of surgical gowns and drapes as barriers for prevention of postoperative infections]. Minerva Chir. 1981 Oct 31;36(20):1365-72

4.- Baldwin BC, Fox IL, Russ C. Affect of disposable draping on wound infection rate. Va Med. 1981 Jul;108(7):477

5.- Bellchambers J, Harris JM, Cullinan P, Gaya H, Pepper JR. A prospective study of wound infection in coronary artery surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 1999 Ene;15(1):45-50

Capítulo 37

Caso Clínico: Abordaje de Enfermería de las Complicaciones en la Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea.

*Corredor Rodenas, María Teresa
Mora Muñoz, Juan David
Cruz Moreno, Encarnación
Gijón Ruiz, María Gracia
García Díaz, María de los Reyes
Díaz Fernández, Elena*

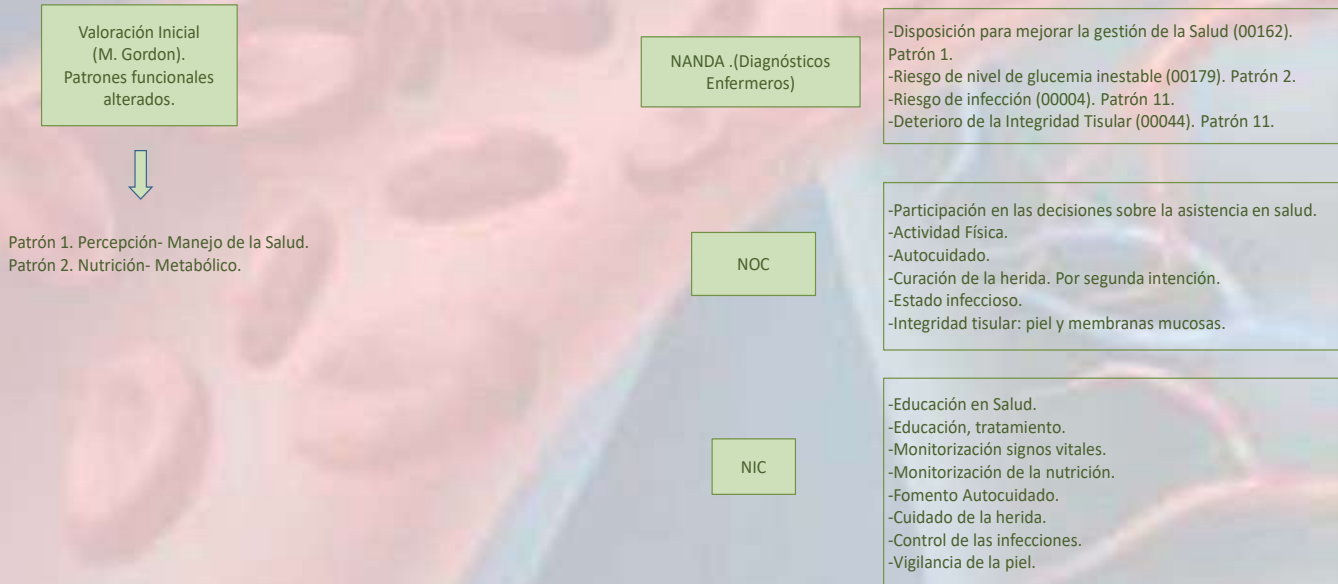
Introducción.

La vasculitis leucocitoclástica o vasculitis por hipersensibilidad es un trastorno autoinmunitario que afecta a pequeños vasos y provoca inflamación, destrucción y necrosis de los mismos, siendo por tanto una característica de esta enfermedad es la falta de compromiso de otros órganos. Clínicamente se manifiesta en forma de lesiones purpúricas, que en ocasiones son de morfología anular, que se localizan en miembros inferiores o en las zona de declive. El cuadro clínico puede verse precedido a asociar síntomas extracutáneos como artralgias, astenia, fiebre o anorexia. El 50% de los pacientes no se consigue saber el origen concreto ni causa determinada. La clasificación de las vasculitis se basan principalmente en criterios morfológicos como el tamaño de los vasos afectados o el tipo de infiltrado inflamatorio (granulocítico o linfomonocitario). No existe la clasificación ideal. La heterogeneidad entre los diversos síndromes, su solapamiento clínico- patológico y la ausencia de un agente etiológico reconocido en la mayoría de ellos, ha dificultado un consenso generalizado para su clasificación, por tanto el daño vascular puede ser un proceso primario o puede estar asociado a otra entidad, como enfermedades de tejido conectivo o autoinmune, infecciones y neoplasias.

Observación Clínica.

Mujer de 62 años con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo II insulino- dependiente. Cardiopatía Isquémica crónica con SCACEST 2019. Acude al PAC, presentando en ambos miembros inferiores lesiones purpúricas de una semana de evolución con un claro empeoramiento en las últimas 24 horas, presentando úlceras de grado IV en tercer dedo de ambos pies y úlcera de grado III en dorso de pie izquierdo. Estado general en buenas condiciones , no presenta fiebre, exploración física sin hallazgos relevantes. Pulsos pedios palpables en ambos pies. Glucemia postpandrial: 139mg/ dl. En seguimiento por Dermatología diagnosticada de Vasculitis Leucocitoclástica cutánea por biopsia.

Plan de Cuidados Enfermeros.



Discusión.

Se realizan curas cada 48 horas en primer lugar con Iruxol crema y apósitos de Aquacel en zona necrótica de falanges para conseguir retirar tejido necrótico con ayuda de desbridamiento quirúrgico, en dorso de pie izquierdo se realiza mismo procedimiento que en dedos para retirar tejido de fibrina. Posteriormente se sigue con curas cada 48 horas, se cambian al evidenciar mejoría, realizándose con hidrogel crema y apósito de Aquacel AG en esfacelos de falanges y en zona dorsal de pie izquierdo apósito de Aquacel AG y apósito de Varihesive extrafino. Se pauta tratamiento en primer lugar con ciclo de antibioterapia durante 10 días con Amoxicilina- Clavulánico 875/125 mgr. cada 8 horas, reforzando posteriormente con Ciprofloxacilino 500mgr. cada 12 horas tras cultivo positivo para S. Aureus MS y E. Cloacae. Se comenzó a su vez con corticoterapia, Metilprednisona a dosis de 1mgr. / kgr. (80mgr) y Prostaglandinas intravenosas (Alprostadilo 40mgr . cada 12 horas). Se evidencian claros signos de mejoría en las lesiones producidas por la vasculitis, y a su vez en las úlceras de tercera falange de ambos pies y ulcera de dorso de pie izquierdo. Se consiguió por tanto evitar la amputación de dedos, que se llevo a consensuar con cirugía en un primer momento dado el empeoramiento sufrido en pocas horas. Aproximadamente en 1 mes se consiguió la cicatrización completa y epitelización de úlceras y así evitar la amputación de falanges.



Imágenes 1 a 9. Evolución durante el proceso de las curas.

Conclusiones.

El hecho de la buena evolución respecto a las úlceras y el diagnóstico, se evidencia que es debido al proceso simultaneo que se sigue de las curas llevadas a cabo y el tratamiento pautado de Prostaglandinas y Corticoides para la vasculitis leucocitoclástica cutánea y a su vez los antibióticos para ayudar a la mejoría de los signos de infección que existen especialmente en zona más distal de miembros inferiores. Se ha comprobado que la evolución de este tipo de vasculitis depende en principal medida de los tratamientos realizados y el tiempo evolución ante un diagnóstico. Por ello todo el proceso anteriormente mencionado y las curas realizadas consiguieron un pronóstico favorable de las úlceras relacionadas con la Vasculitis Leucocitoclástica cutánea y a vez con la Diabetes.

Resumen: Se hace referencia a un Caso Clínico de una paciente con Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea y que presenta úlceras de grado III y IV en miembros inferiores y lesiones purpúricas de menos a más de zona proximal a distal. Esta enfermedad se caracteriza por ser un trastorno autoinmunitario que afecta a pequeños vasos y provoca inflamación, destrucción y necrosis de los mismos. Clínicamente se manifiesta en forma de lesiones purpúricas.

En este caso se observa la evolución de la enfermedad generando en un corto periodo de tiempo úlceras con mal pronóstico en tercera falange de ambos pies.

Las curas realizadas junto con el tratamiento pautado por la mala evolución de úlceras con antibioterapia más el tratamiento para el diagnóstico de Vasculitis, se evidencia claros signos de mejoría llegando a evitar una amputación de falanges. Por tanto, la cicatrización total de las lesiones.

Palabras Clave: Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea, Diabetes, Úlcera.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La vasculitis leucocitoclástica o vasculitis por hipersensibilidad es un trastorno autoinmunitario que afecta a pequeños vasos y provoca inflamación, destrucción y necrosis de los mismos, siendo por tanto una característica de esta enfermedad es la falta de compromiso de otros órganos.

Clínicamente se manifiesta en forma de lesiones purpúricas, que en ocasiones son de morfología anular, que se localizan en miembros inferiores o en las zonas de declive. El cuadro clínico puede verse precedido a asociar síntomas extra cutáneos como artralgias, astenia, fiebre o anorexia.

El 50% de los pacientes no se consigue saber el origen concreto ni causa determinada.

La clasificación de las vasculitis se basa principalmente en criterios morfológicos como el tamaño de los vasos afectados o el tipo de infiltrado inflamatorio (granulocítico o linfomonocitario). No existe la clasificación ideal. La heterogeneidad entre los diversos síndromes, su solapamiento clínico- patológico y la ausencia de un agente etiológico reconocido en la mayoría de ellos, ha dificultado un consenso generalizado para su clasificación, por tanto, el daño vascular puede ser un proceso primario o puede estar asociado a otra entidad, como enfermedades de tejido conectivo o autoinmune, infecciones y neoplasias.

Observación Clínica:

Mujer de 62 años con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo II insulino- dependiente. Cardiopatía Isquémica crónica con SCACEST 2019.

Acude al PAC, presentando en ambos miembros inferiores lesiones purpúricas de una semana de evolución con un claro empeoramiento en las últimas 24 horas, presentando úlceras de grado IV en tercer dedo de ambos pies y úlcera de grado III en dorso de pie izquierdo.

Estado general en buenas condiciones, no presenta fiebre, exploración física sin hallazgos relevantes.

Pulsos pedios palpables en ambos pies.

Glucemia postprandial: 139mg/ dl.

En seguimiento por Dermatología diagnosticada de Vasculitis Leucocitoclástica cutánea por biopsia.

Plan de Cuidados Enfermeros:

-Valoración Inicial (M. Gordon). Patrones funcionales alterados

Patrón 1. Percepción- Manejo de la Salud.

Patrón 2. Nutrición- Metabólico.

Resultados:

NANDA (Diagnósticos Enfermeros):

- Disposición para mejorar la gestión de la Salud (00162). Patrón 1.

- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179). Patrón 2.

- Riesgo de infección (00004). Patrón 11.

- Deterioro de la Integridad Tisular (00044). Patrón 11.

NOC:

- Participación en las decisiones sobre la asistencia en salud.

- Actividad Física.

- Autocuidado.

- Curación de la herida. Por segunda intención.

- Estado infeccioso.

-Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

NIC:

- Educación en Salud.

- Educación, tratamiento.

- Monitorización signos vitales.

- Monitorización de la nutrición.

- Fomento Autocuidado.

- Cuidado de la herida.

- Control de las infecciones.

- Vigilancia de la piel.

Discusión:

A Se realizan curas cada 48 horas en primer lugar con Iruxol crema y apósitos de Aquacel en zona necrótica de falanges para conseguir retirar tejido necrótico con ayuda de desbridamiento quirúrgico, en dorso de pie izquierdo se realiza mismo procedimiento que en dedos para retirar tejido de fibrina. Posteriormente se sigue con curas cada 48 horas, se cambian al evidenciar mejoría, realizándose con hidrogel crema y apósito de Aquacel AG en esfacelos de falanges y en zona dorsal de pie izquierdo apósito de Aquacel AG y apósito de Varihesive extrafino. Se pauta tratamiento en primer lugar con ciclo de antibioterapia durante 10 días con Amoxicilina- Clavulánico 875/125 mgr. cada 8 horas, reforzando posteriormente con Ciprofloxacilino 500mgr. cada 12 horas tras cultivo positivo para S. Aureus MS y E. Cloacae.

Se comenzó a su vez con corticoterapia, Metilprednisona a dosis de 1mgr. / kgr.

(80mgr) y Prostaglandinas intravenosas (Alprostadilo 40mgr. cada 12 horas).

Se evidencian claros signos de mejoría en las lesiones producidas por la vasculitis, y a su vez en las úlceras de tercera falange de ambos pies y ulcera de dorso de pie izquierdo.

Se consiguió por tanto evitar la amputación de dedos, que se llegó a consensuar con cirugía en un primer momento dado el empeoramiento sufrido en pocas horas.

Aproximadamente en 1 mes se consiguió la cicatrización completa y epitelización de úlceras y así evitar la amputación de falanges.

Conclusiones:

El hecho de la buena evolución respecto a las úlceras y el diagnóstico, se evidencia que es debido al proceso simultaneo que se sigue de las curas llevadas a cabo y el tratamiento pautado de Prostaglandinas y Corticoides para la vasculitis leucocitoclástica cutánea y a su vez los antibióticos para ayudar a la mejoría de los signos de infección que existen especialmente en zona más distal de miembros inferiores.

Se ha comprobado que la evolución de este tipo de vasculitis depende en principal medida de los tratamientos realizados y el tiempo evolución ante un diagnóstico.

Por ello todo el proceso anteriormente mencionado y las curas realizadas consiguieron un pronóstico favorable de las úlceras relacionadas con la Vasculitis Leucocitoclástica cutánea y a vez con la Diabetes.

Bibliografía

1.-Gersetich I, Comacchi C, Jorizzo JL, Katsambas A, Lotti TM. Proposal for a Working Classification of Cutaneous Vasculitis. Clin Dermatol, 17 (1999), pp 499-503. Medline.

2.- Polo García LA, Ferri- Nigues B, Martínez Escribano J, Marminez Barba E. Vasculitis Postular de las Manos. IV CUHAPP, 2001.

3.- Jennette JC, Falk RJ. Small vessel Vasculitis. N EngJMed 1997, 337: 1512.

4.-Nanda. Internacional. Diagnósticos de Enfermería 2021-23. Definiciones y clasificación (2021).

Capítulo 38

Apendicitis durante el Embarazo

*Jiménez Hernández, Marta
Martín-Portugués Muñiz, Jorge
Fernández Rodríguez, María de las Nieves*

CASO CLÍNICO: APENDICECTOMIA DURANTE EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme. Es una de las más comunes emergencias quirúrgicas.

La apendicitis durante el embarazo es una de las patologías abdominales más comunes. Debido a las modificaciones corporales que se sufre en este estado, el diagnóstico de apendicitis se suele retrasar aumentando el riesgo de perforación

PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
Temor (00148)	<ul style="list-style-type: none">• Autocontrol del miedo (1404)• Nivel de miedo (1210)• Signos vitales (0802)• Afrontamiento de problemas (1302)• Creencias sobre la salud: percepción de la amenaza (1704)	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de relajación (5880)• Enseñanza: preoperatoria (5610)• Facilitar la presencia de la familia (7170)• Monitorización de los signos vitales (6680)
Riesgo de infección (00004)	<ul style="list-style-type: none">• Control de riesgo: proceso infeccioso. (1924)	<ul style="list-style-type: none">• Control de infecciones: intraoperatoria (6545)• Cuidados del sitio de incisión (3662)• Precauciones quirúrgicas (2920)• Preparación quirúrgica (2930)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	<ul style="list-style-type: none">• Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)	<ul style="list-style-type: none">• Sutura (3620)• Protección contra infecciones (6550)
Riesgo de sangrado (00206)	<ul style="list-style-type: none">• Severidad de la pérdida de sangre. (0413)• Severidad de la lesión física. (1913)	<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la hemorragia (4020)• Cuidados del sitio de incisión (3440)• Vigilancia (6650)• Control de hemorragias (4160)
Riesgo de aspiración (00036)	<ul style="list-style-type: none">• Control de la aspiración. (1918)• Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. (410)	<ul style="list-style-type: none">• Aspiración de las vías aéreas (3160)• Monitorización respiratoria (3350)
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)	<ul style="list-style-type: none">• Estado de los signos vitales (0802)• Detección del riesgo (1908)	<ul style="list-style-type: none">• Monitorización de los signos vitales (6680)• (2920) Precauciones quirúrgicas

CASO PRACTICO

Mujer de 29 años, embarazada de 5 meses que llega a quirófano después de su paso por urgencias por dolor agudo localizado en MID, fiebre, náuseas, vómitos y mal estar general. Se le realiza un diagnóstico diferencial con ecógrafo y se verifica la apendicitis. A su llegada presenta:

- Tª: 39.6
- FC: 90
- TA: 130/75
- ST02: 98%

A su llegada a quirófano le hacemos la anamnesis y nos comunica que:

- NAMC
- No tiene antecedentes quirúrgicos.
- No tiene antecedentes familiares importantes.
- Se encuentra en ayunas, debido al mal estar que le provocaba comer.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda es una de las más comunes emergencias quirúrgicas. Su diagnóstico y tratamiento quirúrgico deben ser rápidos. En las mujeres embarazadas su diagnóstico se puede retrasar por los cambios corporales aumentando el riesgo de perforación.

La apendicetomía es la retirar el apéndice inflamado de la cavidad abdominal. Debido a la situación de la paciente, el tratamiento quirúrgico es motivo de discusión sobre si se realiza una apendicetomía abierta o laparoscópica dado que el objetivo del equipo quirúrgico en estos casos el reducir el tiempo y realizar la técnica menos invasiva para no poner en riesgo la diada materno-fetal.

En el caso del equipo de enfermería quirúrgica deben realizar actividades en todas las fases de la intervención en torno paciente, la cirugía y el equipo los cuales dependerá del rol que realicen:

Circulante	Instrumentista
Preparación paciente	Preparar material
Coordinar cirugía	Mantener esterilidad
Cuidado del paciente	Colaboración directa en la cirugía
Apoyo anestesia	Conservar seguridad del campo
Recoger apéndice	Cura herida quirúrgica

CONCLUSIÓN

A pesar de su poca probabilidad de aparición, la apendicitis durante el embarazo es uno de los grandes riesgos abdominales que una mujer puede pasar y, debido a su estado, el diagnóstico y tratamiento se pueden ver ralentizado debido a las modificaciones corporales que sufre el organismo provocando que aumente el riesgo de perforación y por ello poner el riesgo a madre e hijo.

Por ello, el equipo de enfermería debe estar preparado y tener los conocimientos sobre las actividades a realizar en un quirófano y saberse las actividades que desempeñan los distintos roles de enfermería para disminuir el tiempo de exposición de la paciente y del feto a un riesgo tan grande como supone una intervención quirúrgica.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme. Es una de las más comunes emergencias quirúrgicas.

La apendicitis durante el embarazo es una de las patologías abdominales más comunes. Debido a las modificaciones corporales que se sufre en este estado, el diagnóstico de apendicitis se suele retrasar aumentando el riesgo de perforación.

Caso Práctico:

Mujer de 29 años, embarazada de 5 meses que llega a quirófano después de su paso por urgencias por dolor agudo localizado en MID, fiebre, náuseas, vómitos y mal estar general. Se le realiza un diagnóstico diferencial con ecógrafo y se verifica la apendicitis. A su llegada presenta:

- Tª: 39.6
- FC: 90
- TA: 130/75
- STO2: 98%

A su llegada a quirófano le hacemos la anamnesis y nos comunica que:

- NAMC
- No tiene antecedentes quirúrgicos.
- No tiene antecedentes familiares importantes.
- Se encuentra en ayunas, debido al mal estar que le provocaba comer.

Plan de Cuidados:

NANDA	NOC	NIC
Temor (00148): Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol del miedo (1404) • Nivel de miedo (1210) • Signos vitales (0802) • Afrontamiento de problemas (1302) • Creencias sobre la salud: percepción de la amenaza (1704) 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relajación (5880) • Enseñanza: preoperatoria (5610) • Facilitar la presencia de la familia (7170) • Monitorización de los signos vitales (6680)
Riesgo de infección (00004): Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de riesgo: proceso infeccioso. (1924) 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de infecciones: intraoperatoria (6545) • Cuidados del sitio de incisión (3662) • Precauciones quirúrgicas (2920) • Preparación quirúrgica

		(2930)
Deterioro de la integridad cutánea (00046): Alteración de la epidermis y/o de la dermis.	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101) 	<ul style="list-style-type: none"> Sutura (3620) Protección contra infecciones (6550)
Riesgo de sangrado (00206): Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud.	<ul style="list-style-type: none"> Severidad de la pérdida de sangre. (0413) Severidad de la lesión física. (1913) 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la hemorragia (4020) Cuidados del sitio de incisión (3440) Vigilancia (6650) Control de hemorragias (4160)
Riesgo de aspiración (00036): Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidas o líquidas.	<ul style="list-style-type: none"> Control de la aspiración. (1918) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. (410) 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiración de las vías aéreas (3160) Monitorización respiratoria (3350)
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209): Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> Estado de los signos vitales (0802) Detección del riesgo (1908) 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorización de los signos vitales (6680) (2920) Precauciones quirúrgicas

Discusión:

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme. Es una de las más comunes emergencias quirúrgicas. Su diagnóstico y tratamiento deben ser rápidos. En las mujeres embarazadas su diagnóstico se puede retrasar por los cambios corporales aumentando el riesgo de perforación.

Su tratamiento se realiza a través de una intervención quirúrgica llamada apendicetomía cuyo objetivo es retirar el apéndice inflamado de la cavidad abdominal. Debido a la situación de la paciente, el tratamiento quirúrgico es motivo de discusión sobre si se realiza una apendicetomía abierta o laparoscópica dado que el objetivo del equipo quirúrgico en estos casos es reducir el tiempo y realizar la técnica menos invasiva para no poner en riesgo la diada materno-fetal.

En el caso del equipo de enfermería quirúrgica deben realizar actividades en todas las fases de la intervención en torno paciente, la cirugía y el equipo los cuales dependerá del rol que realicen:

- **Circulante:** es la encargada de preparar a la paciente (monitorización, canalizando vías y sondas, retirada de tejido no estéril, preparación de la medicación anestésica, etc) y coordinar el acto quirúrgico para su correcto desarrollo. En algunos casos también adquiere el rol de la enfermera anestesista apoyando el trabajo de anestesia y puesta al cuidado directo de la paciente. Durante el acto quirúrgico es la encargada de recoger el apéndice para su posterior análisis en laboratorio etiquetándolo y poniéndole fecha y nombre la muestra.

- Instrumentista: es la encargada de preparar el material quirúrgico antes, durante y después de la intervención, mantener la asepsia y esterilidad de este además de conservar la seguridad del campo quirúrgico. Es la que colabora mas directamente en la cirugía. También es la encargada de realizar la primera cura de la herida quirúrgica para evitar infecciones en el postoperatorio.

Conclusión:

A pesar de su poca probabilidad de aparición, la apendicitis durante el embarazo es uno de los grandes riesgos abdominales que una mujer puede pasar y, debido a su estado, el diagnóstico y tratamiento se pueden ver ralentizado debido a las modificaciones corporales que sufre el organismo provocando que aumente el riesgo de perforación y por ello poner el riesgo a madre e hijo.

Por ello, el equipo de enfermería debe estar preparado y tener los conocimientos sobre las actividades a realizar en un quirófano y saberse las actividades que desempeñan los distintos roles de enfermería para disminuir el tiempo de exposición de la paciente y del feto a un riesgo tan grande como supone una intervención quirúrgica.

Bibliografía

1.- Salas E. Revisión de apendicitis aguda en casos de difícil diagnóstico. Rev Med de Costa Rica y Centroamerica. 2015; 72 (615): 395-399

2.- Shimoda M, Maruyama T, Nishida K, Suzuki K, Tago T et al. Preoperative high C-reactive protein level is associated with an increased likelihood for conversion from laparoscopic to open appendectomy in patients with acute appendicitis. Dove Press. 2019;12: 141-147

3.- Augustin G, Čižmešija Z, Žedelj J, Petrović I, Ivković V et al. Laparoscopic appendectomy does not increase the rate of negative appendectomy along with a lower rate of perforated appendicitis: results in 1899 patients at zagreb uhc . Acta Clin Croat. 2018; 57: 503-509.

4.- Walker HG, Samaraee AA, Mills SJ, Kalbassi MR. Laparoscopic appendicectomy in pregnancy: A systematic review of the published evidence. Internacional Journal of Surgery. 2014; 12: 1235-1241.

Capítulo 39

Caso clínico: Ejercicio terapéutico en cervicodorsalgia crónica

*Cuesta Tárraga, María Rosa
Sánchez Carrión, Pedro José*

INTRODUCCIÓN:

El ejercicio terapéutico se define como la prescripción de un programa de actividad física que involucra al paciente en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y /o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función o mantener y frenar el deterioro de la salud.

En el tratamiento de fisioterapia de algias vertebrales no solo hay que centrarse en disminuir el dolor, sino también en trabajar músculos que necesitan ser potenciados y otros que tienen que ser estirados por estar acortados. En general, la musculatura que no es entrenada periódicamente pierde funcionalidad y tono, se debilita.

Para que el entrenamiento sea más completo y funcional, debemos incluir rutinas con ejercicios en varios planos y con diversos movimientos, que agrupen el mayor número de músculos posible. Así, conseguimos integrar de forma más natural y fisiológica nuestras acciones y evitar posibles descompensaciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente mujer de 40 años, que acude a tratamiento por dolores de columna cervical y dorsal, de nueve meses de evolución. En los últimos tres: dolor más intenso, ligera debilidad muscular (zona cervicodorsal y miembros superiores), lumbalgia ocasional. Ha recibido tratamiento de fisioterapia (electroterapia analgésica: TENS y ultrasonido) con mejoría parcial.

En las radiografías se observa: hiperlordosis cervical y lumbar e hipercifosis.

Balance articular columna: movilidad limitada en últimos grados, más acusada en extensión; la flexión de cadera reproduce el dolor en sacro ilíaca derecha, en los últimos grados de flexión.

Balance muscular: nivel cervicodorsal y miembros superiores: 4(-)/5(Bueno, pero con debilidad muscular, Daniels);

Dolor: a nivel lumbar: se asocia a un esfuerzo físico y está localizado a nivel de sacro ilíaca derecha. (4/ escala numérica (EN));

Estratificación del riesgo Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM): "Bajo riesgo": inactividad física, parámetros de colesterol y tensión arterial en niveles óptimos, no fumadora y no diabetes mellitus.

Los resultados de los test de capacidad muscular son "regulares" o "promedio" en miembros inferiores y abdominales, y "malos" en miembros superiores. En equilibrio, coordinación y velocidad: los resultados son "regulares". Y en los test de capacidad aeróbica y flexibilidad: "promedio"

Ergometría: valores de consumo máximo de oxígeno: "bueno".

Morfotipo anterior: retracción de cadena muscular anterior: Cabeza inclinada hacia delante, con rectificación cervical; Hipercifosis dorsal; Hiperlordosis lumbar; Anteversión pélvica; Enrollamiento anterior de hombros; Bloqueo inspiratorio del tórax; rodillas en rotación interna y valgo; pies planos(fotos 1,2,3)

Distensión abdominal acusada.



PLAN DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO:

* Valoración y Escalas, para análisis e interpretación de datos:

Nivel de capacidad física: Test de resistencia cardiovascular (Test de Rockport, del escalón de Harvard, Test de Cooper, Test de Burpee), Fuerza (Test de fuerza de brazos y de piernas, de piernas salto vertical y de salto horizontal, de abdominales), Test de velocidad, coordinación motriz, equilibrio y flexibilidad; Ergometría; ACSM; Escala Borg; Balance muscular, Daniels; Valoración del dolor: Escala numérica (EN).

*Planificación del tratamiento y evaluación:

Diseño del programa de ejercicios:

*Frecuencia: sesiones de 45 minutos, dos veces por semana. Duración del programa. 9 meses

*Ejercicios: Los principales métodos de la sesión fueron los que se exponen a continuación y algunos ejemplos de cada tipo.

*Ejercicios aislados: Aperturas laterales de hombros (foto 4)

*Ejercicios Funcionales: Lunges o zancadas (foto 5)

*Fortalecimiento del CORE (29 músculos: del abdomen, espalda, parte posterior y anterior de la cadera, suelo pélvico y diafragma, todos estabilizadores):

1. Elevación de caderas y piernas boca arriba (foto 6)

2. Estabilización del tronco boca abajo con brazos y piernas extendidas (foto 7)

3. Estabilización del tronco boca abajo con brazos extendidos y flexión alterna de piernas(foto8)

4. Ejercicios con Fitball (pelota de ejercicios) (foto 9)

*Estiramientos globales basados en cadenas musculares

Los estiramientos que actúan sobre la cadena principal anterior están indicados para un morfotipo anterior (se usan posturas en apertura del ángulo coxofemoral):

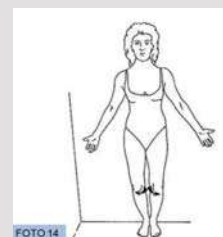
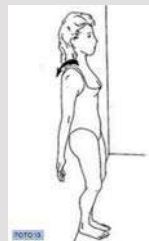
1. Autopostura de la rana al suelo con los brazos juntos (foto 10)

2. Autopostura de la rana al suelo con insistencia en los miembros inferiores(foto11)

3. Autopostura de la rana al suelo con los brazos separados, con insistencia sobre los miembros superiores (foto12)

4. Autopostura de pie contra la pared (foto 13,14)

*Fisioterapia acuática: (foto 14)



DISCUSIÓN:

Tras la aplicación del programa de ejercicio terapéutico se concluye que ha sido efectivo, mejorando la movilidad, la agilidad, el estado funcional de la paciente, y el nivel de dolor.

Se observa una mejoría evidente de la postura, disminuyendo la cifosis e hiperlordosis cervical, un buen tono abdominal, y una mejora en los resultados de todos los test ; en el caso del test de capacidad muscular especialmente: siendo los resultados: "bueno".

Se obtiene una puntuación de 5/5 (Daniels), tanto en miembros superiores como en zona cervicodorsal.

El dolor es inapreciable y ocasional(1/EN)

CONCLUSIÓN:

Se puede afirmar que el ejercicio terapéutico es una técnica fisioterápica más, pero a veces olvidada en los tratamientos. Es de suma importancia la aplicación de ésta técnica porque hay una disminución significativa de las algias vertebrales y mejora de la calidad de vida, de la función física, dolor corporal y salud general, también a nivel psíquico y social.

En general, el ejercicio terapéutico de uso habitual en el tratamiento de pacientes con algias vertebrales no ha sido lo suficientemente estudiado y existe una notable escasez de artículos sobre el tema como para poder evaluar la eficacia de las mismas.

El ejercicio terapéutico, puede ofrecer una alternativa útil en el tratamiento de la cervicodorsalgia crónica.

Es, por tanto, sumamente necesario que se desarrollen nuevos estudios de investigación en el campo de la Fisioterapia y el ejercicio terapéutico.

Resumen: El ejercicio terapéutico es la prescripción de un programa de actividad física individualizado, cuyo objetivo es aliviar los síntomas, mejorar la función y frenar el deterioro de la salud. Se estudia el caso de una mujer de 40 años con cervicodorsalgia crónica, que tras recibir fisioterapia con electroterapia analgésica obtuvo una mejoría parcial. Se realizaron valoraciones con test estandarizados y observación del paciente antes y después del tratamiento. Tras la aplicación del programa de ejercicio terapéutico se concluye que ha sido efectivo, mejorando la movilidad, la agilidad, la fuerza y el nivel de dolor.

Palabras Clave: Ejercicio terapéutico, Fisioterapia, Cervicodorsalgia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El ejercicio terapéutico se define como la prescripción de un programa de actividad física que involucra al paciente en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y /o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función, o mantener y frenar el deterioro de la salud.

En el tratamiento de fisioterapia de algias vertebrales no solo hay que centrarse en disminuir el dolor, sino también en trabajar músculos que necesitan ser potenciados y otros que tienen que ser estirados por estar acortados. En general, la musculatura que no es entrenada periódicamente pierde funcionalidad y tono, se debilita.

Para que el entrenamiento sea más completo y funcional, debemos incluir rutinas con ejercicios en varios planos y con diversos movimientos, que agrupen el mayor número de músculos posible. Así, conseguimos integrar de forma más natural y fisiológica nuestras acciones y evitar posibles descompensaciones.

Observación Clínica:

Paciente mujer de 40 años, que acude a tratamiento por dolores de columna cervical, de nueve meses de evolución. En los últimos tres: dolor más intenso, ligera debilidad muscular (zona cervicodorsal y miembros superiores), lumbalgia ocasional. Ha recibido tratamiento de fisioterapia (electroterapia analgésica: electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) y ultrasonido) con mejoría parcial.

En las radiografías se observa: hiperlordosis cervical y lumbar e hipercifosis.

Balance articular columna: movilidad limitada en últimos grados, más acusada en extensión; la flexión de cadera reproduce el dolor en sacro ilíaca derecha, en los últimos grados de flexión.

Balance muscular: nivel cervicodorsal y miembros superiores: 4(-) /5(Bueno, pero con debilidad muscular, Daniels);

Dolor: a nivel lumbar: se asocia a un esfuerzo físico y está localizado a nivel de sacro ilíaca derecha. (4/ Escala numérica (EN));

Estratificación del riesgo Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM): “Bajo riesgo”: inactividad física, parámetros de colesterol y tensión arterial en niveles óptimos, no fumadora y no diabetes mellitus.

Los resultados de los test de capacidad muscular son “regulares” o “promedio” en miembros inferiores y abdominales, y “malos” en miembros superiores. En equilibrio, coordinación y velocidad: los resultados son “regulares”. Y en los test de capacidad aeróbica y flexibilidad. “promedio”

Ergometría: valores de consumo máximo de oxígeno: “bueno”.

Morfotipo anterior, retracción de cadena muscular anterior: Cabeza inclinada hacia delante, con rectificación cervical; Hipercifosis dorsal; Hiperlordosis lumbar; Anteversión pélvica; Enrollamiento anterior de hombros; Bloqueo inspiratorio del tórax; rodillas en rotación interna y valgo; pies planos.

Distensión abdominal acusada.

Plan de Actuación y Tratamiento:

Valoración y Escalas, para análisis e interpretación de datos:

Nivel de capacidad física: Test de resistencia cardiovascular (Test de Rockport, del escalón de Harvard, Test de Cooper, Test de Burpee), Fuerza (Test de fuerza de brazos y de piernas, de piernas: salto vertical y de salto horizontal, de abdominales), Test de velocidad, coordinación motriz, equilibrio y flexibilidad; Ergometría; ACSM; Escala Borg; Balance muscular, Daniels; Valoración del dolor: Escala numérica (EN).

Planificación del tratamiento y evaluación:

Diseño del programa de ejercicios:

*Frecuencia: sesiones de 45 minutos, dos veces por semana. Duración del programa. 9 meses

*Ejercicios: Los principales métodos de la sesión fueron los que se exponen a continuación y algunos ejemplos de cada tipo.

*Ejercicios aislados: Aperturas laterales de hombros.

*Ejercicios Funcionales: Lunges o zancadas.

*Fortalecimiento del CORE (29 músculos: abdomen, espalda, parte posterior y anterior de la cadera, suelo pélvico y diafragma, todos estabilizadores):

1. Elevación de caderas y piernas boca arriba.
2. Estabilización del tronco boca abajo con brazos y piernas extendidas.
3. Estabilización del tronco bocabajo con brazos extendidos y flexión alterna de piernas.
4. Ejercicios con Fitball (pelota de ejercicios)

*Estiramientos globales basados en cadenas musculares.

Los estiramientos que actúan sobre la cadena principal anterior están indicados para un morfotipo anterior (se usan posturas en apertura del ángulo coxofemoral):

1. Autopostura de la rana al suelo con los brazos juntos.
2. Autopostura de la rana al suelo con insistencia en los miembros inferiores.
3. Autopostura de la rana al suelo con los brazos separados, con insistencia sobre los miembros superiores.
4. Autopostura de pie contra la pared.

*Fisioterapia acuática.

Discusión:

Tras la aplicación del programa de ejercicio terapéutico se concluye que ha sido efectivo, mejorando la movilidad, la agilidad, el estado funcional de la paciente, y el nivel de dolor.

Se observa una mejoría evidente de la postura, disminuyendo la cifosis e hiperlordosis cervical, un buen tono abdominal, y una mejora en los resultados de todos los test; en el caso del test de capacidad muscular especialmente: siendo los resultados: "bueno,".

Se obtiene una puntuación de 5/5, (Daniels), tanto en miembros superiores como en zona cervicodorsal.

El dolor es inapreciable y ocasional(1/EN)

Conclusión:

Se puede afirmar que el ejercicio terapéutico es una técnica fisioterápica más, pero a veces olvidada en los tratamientos. Es de suma importancia la aplicación de ésta técnica porque hay una disminución significativa de las algias vertebrales y mejora de la calidad de vida, de la función física, dolor corporal y salud general, también a nivel psíquico y social.

En general, el ejercicio terapéutico de uso habitual en el tratamiento de pacientes con algias vertebrales no ha sido lo suficientemente estudiado y existe una notable escasez de artículos sobre el tema como para poder evaluar la eficacia de las mismas.

El ejercicio terapéutico, puede ofrecer una alternativa útil en el tratamiento de la cervicalgia crónica.

Es, por tanto, sumamente necesario que se desarrollen nuevos estudios de investigación en el campo de la Fisioterapia y el ejercicio terapéutico.

Bibliografía

- 1.- Busquet L, Busquet-Vanderheyden M. Las cadenas fisiológicas. España: Paidotribo;2016.
- 2.- Vidal A. Entrenamiento del CORE: selección de ejercicios seguros y eficaces. Dialnet. 2015; (1514-3465)
- 3.- Pinzón-Ríos I, Angarita-Fonseca A, Correa-Pérez, E. Efectos de un programa de entrenamiento funcional en la musculatura core en mujeres con fibromialgia. Revista Ciencias de la Salud. [Internet].2015;(1692-7273). 39-53
- 4.- Carpintero Rubio C. Origen y desarrollo del concepto de cadenas musculares en fisioterapia [Doctor]. Universidad Complutense de Madrid; 2015.

5. Ibarra Cornejo J, Quidequeo Reffers D, Eugenin Vergara D, Beltrán Maldonado E, Ricci Muñoz S y Fernández Lara M. Efectividad de la hidroterapia para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida y función física en adultos con osteoartritis de rodilla: revisión sistemática. Revista de la Sociedad Española del Dolor. [Internet].2015[citado 9 enero 2021], (1134-8046). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000400005>

Capítulo 40

Caso Clínico: Mastitis en Neonato

*Criado Nieto-Sandoval, María de Gracia
Navarro Pacheco, Asunción*

AUTORES: ASUNCIÓN NAVARRO PACHECO, MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO-SANDOVAL

INTRODUCCIÓN

La mastitis infecciosa neonatal es una patología que afecta a recién nacidos a término generalmente entre la segunda y cuarta semana de vida. Se caracteriza por aumento de volumen unilateral, eritematoso con calor local. La infección es localizada pero puede progresar rápidamente y comprometer el tejido subcutáneo y formarse un absceso de gran toxicidad y signos de infección sistémica.

Es generalmente producido por *Staphylococcus aureus* o en combinación con estreptococo beta hemolítico grupo A y B.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Neonato de 11 días de vida que acude para control tras diagnóstico de probable mastitis izquierda hace 48h. En tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico oral 80mg/kg/día desde hace 48 horas, sin mejoría de la tumefacción mamaria, incluso inicia supuración a través de pezón. Exploración del paciente: Afebril, no irritabilidad, no vómitos, buena ingesta de lactancia materna, deposiciones mantenidas, normales. Adecuada hidratación, coloración y perfusión.

No otra sintomatología.

Peso: 3,450gr; Talla: 52cm; Temperatura: 37°C.

Ingurgitación mamaria bilateral.

Tumefacción indurada de mama izquierda 2x2 cm con supuración a través del pezón, eritema, no calor, dolor a la palpación.

Mama derecha iniciando induración y aumento de tamaño.

EVOLUCIÓN

Se decide ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso:

- Cloxacilina 100mg/kg/día
- Gentamicina 4mg/kg/día
- Suero glucosado 10% a 7ml/h
- Lactancia materna a demanda.
- Recogida de cultivo.

Durante 5 días el paciente se encuentra estable con mejoría clínica, afebril, no irritabilidad y tomando lactancia materna exclusiva por lo que es dado de alta con tratamiento de cloxacilina 94mg/kg/día: 3,5cc vía oral cada 8 horas hasta completar 10 días de tratamiento y posterior seguimiento en consulta externa de pediatría.

Resultado de cultivo: negativo.

PLANES DE CUIDADOS (PRINCIPALES DIAGNOSTICOS)

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c factores internos (alteración de la pigmentación, de la turgencia de la piel, deterioro de la circulación)

NOC

1101 INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MEMBRANAS

- 110102 Sensibilidad
- 110104 Hidratación
- 110111 Perfusión tisular
- 110113 Integridad de la piel
- 110115 Lesiones cutáneas
- 110101 Eritema

1902 CONTROL DE RIESGO

- 190205 Adapta hábitos a control de riesgo (higiene diaria, hidratación de la piel...)
- 190209 Evita exponerse a los riesgos

NIC

3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar su color, calor, textura y si hay inflamación, edema
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel
- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de la pérdida de la integridad cutánea de la piel, si procede.

00132 DOLOR AGUDO r/c agentes lesivos biológicos

NOC

02102 NIVEL DE DOLOR

NIC

1400 MANEJO DEL DOLOR

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor
- Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación

2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efecto en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente
- Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia

00004 RIESGO DE INFECCION

NOC

0703 ESTADO INFECCIOSO

- 070307 Fiebre
- 070308 Dolor /hipersensibilidad

1902 CONTROL DEL RIESGO

- 190201 Reconoce el riesgo

NIC

6540 CONTROL DE INFECCIONES

- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones

00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c desorganización familiar temporal y cambios de roles.

NOC

2600 SUPERACION DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA

- 260003 Afronta los problemas
- 260007 Expresa libremente sentimientos y emociones
- 260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés
- 260013 Organiza momentos de descanso

NIC

7140 APOYO A LA FAMILIA

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- Favorecer una relación de confianza con la familia
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización, cuando sea posible

7370 PLANIFICACIÓN AL ALTA

- Proporcionar guía de cuidados para su situación de salud

CONCLUSIÓN

Las mastitis infecciosas son poco frecuentes en el recién nacido pero que pueden evolucionar desfavorablemente pudiendo presentar complicaciones en el desarrollo posterior de la glándula mamaria por lo que es importante diferenciarlas de la turgencia o ingurgitación mamaria y ante datos clínicos de absceso localizado será necesario el ingreso hospitalario para el inicio de tratamiento antibiótico y en algunos casos, drenaje quirúrgico.

DISCUSIÓN

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados y de la asistencia de paciente y su familia en todas sus necesidades, valorando las condiciones del paciente en todo momento, planteando soluciones a los problemas y evaluando las intervenciones y actividades durante todo el proceso.

Resumen: La mastitis infecciosa neonatal es una patología que afecta a recién nacidos a término generalmente entre la segunda y cuarta semana de vida. Se caracteriza por aumento de volumen unilateral, eritematoso con calor local. La infección es localizada, pero puede progresar rápidamente y comprometer el tejido subcutáneo y formarse un absceso de gran toxicidad y signos de infección sistémica.

Es generalmente producido por *Staphylococcus aureus* o en combinación con estreptococo beta hemolítico grupo A y B.

Palabras Clave: Mastitis, Neonato, Enfermedad de la Piel

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La mastitis infecciosa neonatal es una patología que afecta a recién nacidos a término generalmente entre la segunda y cuarta semana de vida. Se caracteriza por aumento de volumen unilateral, eritematoso con calor local. La infección es localizada, pero puede progresar rápidamente y comprometer el tejido subcutáneo y formarse un absceso de gran toxicidad y signos de infección sistémica.

Es generalmente producido por *Staphylococcus aureus* o en combinación con estreptococo beta hemolítico grupo A y B.

Observación Clínica:

Neonato de 11 días de vida que acude para control tras diagnóstico de probable mastitis izquierda hace 48h. En tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico oral 80mg/kg/día desde hace 48 horas, sin mejoría de la tumefacción mamaria, incluso inicia supuración a través de pezón.

Exploración del paciente: Afebril, no irritabilidad, no vómitos, buena ingesta de lactancia materna, deposiciones mantenidas, normales. Adecuada hidratación, coloración y perfusión.

No otra sintomatología.

Peso: 3,450gr; Talla: 52cm; Temperatura: 37°C.

Ingurgitación mamaria bilateral.

Tumefacción indurada de mama izquierda 2x2 cm con supuración a través del pezón, eritema, no calor, dolor a la palpación.

Mama derecha iniciando induración y aumento de tamaño.

Se decide ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso:

- Cloxacilina 100mg/kg/día

- Gentamicina 4mg/kg/día

- Suero glucosado 10% a 7ml/h

- Lactancia materna a demanda.
- Recogida de cultivo.

Durante 5 días el paciente se encuentra estable con mejoría clínica, afebril, no irritabilidad y tomando lactancia materna exclusiva por lo que es dado de alta con tratamiento de cloxacilina 94mg/kg/día: 3,5cc vía oral cada 8 horas hasta completar 10 días de tratamiento y posterior seguimiento en consulta externa de pediatría.

Resultado de cultivo: negativo.

Plan de Cuidados Enfermeros:

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c factores internos (alteración de la pigmentación, de la turgencia de la piel, deterioro de la circulación)

NOC

1101 INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MEMBRANAS

110102 Sensibilidad

110104 Hidratación

110111 Perfusión tisular

110113 Integridad de la piel

110115 Lesiones cutáneas

110101 Eritema

1902 CONTROL DE RIESGO

190205 Adapta hábitos a control de riesgo (higiene diaria, hidratación de la piel...)

190209 Evita exponerse a los riesgos

NIC 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

- Observar su color, calor, textura y si hay inflamación, edema
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel
- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de la pérdida de la integridad cutánea de la piel, si procede.

00132 DOLOR AGUDO r/c agentes lesivos biológicos

NOC

02102 NIVEL DE DOLOR

NIC

1400 MANEJO DEL DOLOR

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor
- Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación

2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efecto en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente
- Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia

00004 RIESGO DE INFECCION

NOC

0703 ESTADO INFECCIOSO

070307 Fiebre

070308 Dolor /hipersensibilidad

1902 CONTROL DEL RIESGO

190201 Reconoce el riesgo

NIC

6540 CONTROL DE INFECCIONES

- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones

00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c desorganización familiar temporal y cambios de roles.

NOC

2600 SUPERACION DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA

260003 Afronta los problemas

260007 Expresa libremente sentimientos y emociones

260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés

260013 Organiza momentos de descanso

NIC**7140 APOYO A LA FAMILIA**

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- Favorecer una relación de confianza con la familia
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización, cuando sea posible

7370 PLANIFICACIÓN AL ALTA

- Proporcionar guía de cuidados para su situación de salud

Discusión:

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado nos permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

La relevancia de este trabajo radica en transmitir la importancia de nuestra figura profesional en el campo de los cuidados y de la asistencia de paciente y su familia en todas sus necesidades, valorando las condiciones del paciente en todo momento, planteando soluciones a los problemas y evaluando las intervenciones y actividades durante todo el proceso.

Conclusión:

Las mastitis infecciosas son poco frecuentes en el recién nacido pero que pueden evolucionar desfavorablemente pudiendo presentar complicaciones en el desarrollo posterior de la glándula mamaria por lo que es importante diferenciarlas de la turgencia o ingurgitación mamaria y ante datos clínicos de absceso localizado será necesario el ingreso hospitalario para el inicio de tratamiento antibiótico y en algunos casos, drenaje quirúrgico.

Bibliografía

- 1.- guía metodológica del PAE aplicación NANDA, NOC y NIC por especialidad 2ed 2010
- 2.- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/taxonomias_enfermeras
- 3.- AEP. Asociación de Pediatra Española
- 4.- <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/ingurgitacion-intumescencia-mamaria-recien-nacido>
- 5.- Nanda internacional, Herdman TH ed., Kamitsuru S ed. Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017 edición española. Barcelona: Elsevier; 2015

Capítulo 41

Caso clínico: Miocarditis y/o pericarditis relacionada con COVID-19

*Gijón Ruiz, María de Gracia
Corredor Rodenas, María Teresa
Cruz Moreno, Encarnación
Díaz Fernández, Elena
Mora Muñoz, Juan David
García Díaz, María Reyes*

Caso clínico: Miocarditis y/o pericarditis relacionada con COVID-19

GIJÓN RUIZ, MG ;CORREDOR RODENAS, MT; CRUZ MORENO, E; DIAZ FERNANDEZ,E; MORA MUÑOZ,JD;GARCIA DÍAZ,M.R



Introducción

La **miocarditis** es una inflamación del músculo cardíaco y la **pericarditis** es una inflamación de la capa exterior que recubre el corazón (pericardio). En ambos, el sistema inmune causa la inflamación en respuesta a una infección o algún otro desencadenante. Los síntomas de miocarditis/pericarditis son variables. (Ver cuadro 1).

El dolor torácico de la pericarditis, es más tipo pleurítico, es decir, aumenta con la inspiración y puede llegar a mejorar al sentarse o inclinarse hacia delante. La pericarditis/miocarditis también puede cursar con elevación del ST, aunque hay dos rasgos que lo pueden diferenciar del IAM:

1.-En el IAM la elevación del ST es convexo (como si empujaran de él desde abajo) y en la pericarditis/miocarditis, la elevación de ST es cóncavo (como si tirasen de él hacia arriba, morfología de guirnalda). (Ver cuadro 2).

2.- En el IAM el ST asciende sólo en algunas derivaciones (según la zona afectada), la elevación del ST en pericarditis suele ser más difusa.

Aun así, hay casos en los que son difíciles de diferenciar. Por lo que, si hay dudas importantes, el método de elección elegido sería realizar una coronariografía y descartar con ello el IAM, que es la patología más grave y la que puede dejar mayores secuelas a largo plazo.

Debido a la situación vivida mundialmente causada por COVID-19, se han tenido que tomar medidas excepcionales como la vacunación masiva con ARNm a la población. Revisando en las páginas oficiales de las dos vacunas más comercializadas en España con esta técnica innovadora, ambas coinciden en cuanto a pericarditis-miocarditis en lo siguiente:

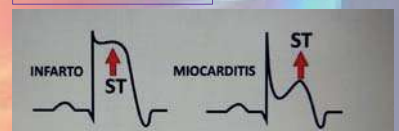
Se han observado, muy raramente, cuadros de miocarditis y/o pericarditis tras la administración de vacunas de ARNm. Estos cuadros se presentan principalmente en hombres jóvenes, después de la 2ª dosis de estas vacunas y en los 14 días siguientes a la vacunación. La evolución es similar a los cuadros de miocarditis y pericarditis que aparecen por otras causas, generalmente de buena evolución.

A pesar de ello existen algunos estudios como el informe del Ministerio de Sanidad de Israel presentado a fecha del 2 de junio de 2021, donde se informó de 148 casos de miocarditis temporalmente asociados a la vacunación, 27 de ellos próximos a la primera dosis (de un total 5.401.150 de personas) y 121 próximos a la segunda (de 5.049.424 de personas). La mayoría en varones jóvenes de 16 a 19 años, sobre todo con la segunda dosis y con buena evolución posterior. En EE. UU. los datos de notificación (VAERS: Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas) sugieren un patrón similar.

Cuadro 1.-Síntomas Miocarditis/Pericarditis ECG

Síntomas de Alerta
• Dolor torácico agudo.
• Disnea de nueva aparición en reposo o con esfuerzo.
• Palpitaciones.
• Síncope.
• Síntomas gastrointestinales (anorexia, dolor abdominal, vómitos) en paciente pediátrico.

Cuadro 2.-ECG



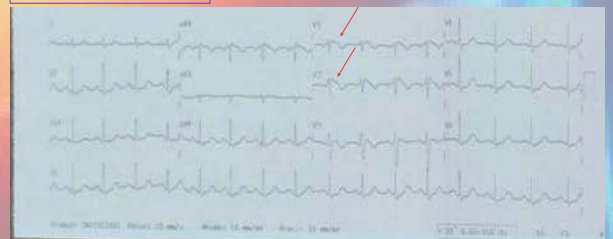
Observación Clínica

Mujer de 53 años, NAMC, alergia al marisco y vino tinto, HTA, no consumidora de alcohol ni tabaco, con 2 Intervenciones Quirúrgicas (cesáreas) y tumorectomía de mama izquierda por fibroadenoma.

La paciente no presenta evidencia de haber pasado el Covid-19. Ha acudido en repetidas ocasiones al servicio de urgencias del PAC (Punto de atención Continuada) con signos compatibles de covid-19, pero en todas ellas (10 veces) ha dado resultados negativos. Se vacunó con la primera dosis con ARNm y al día siguiente comenzó con pinchazos en hemitórax izquierdo y en abdomen, y taquicardia. Acude al servicio de Urgencias del Centro de salud por esas molestias y se le toman constantes, presentando una Tensión Arterial (TA): 139/84 mmHg y Frecuencia Cardíaca (FC): 96 pulsaciones por minuto y se solicita un ECG (Electrocardiograma). En el ECG se aprecia ritmo sinusal y elevación de ST en V1, V2 (ver cuadro 3). No presenta cortejo vegetativo, pero esa alteración es indicativa de posible Infarto de Miocardio (IM) Anterior Agudo y/o pericarditis o miocarditis.

Se avisa a la ambulancia para derivación hospitalaria para ser enzimas cardíacas si se precisara y pruebas complementarias así como hacer un diagnóstico diferencial de miocarditis o pericarditis. Se le canaliza VVP (Vía venosa periférica) con SSF (Solución Salina Fisiológica) de 500 cc.

Cuadro 3.-ECG



Plan de Cuidados Enfermeros

Exploración Física	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de insuficiencia cardíaca. • Taquicardia. • Taquipnea. • Fiebre. • Roce pericárdico.
ECG	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso del intervalo PR. • Elevación o descenso del ST. • Inversión de ondas t. • Disminución de voltaje. • Taquicardia sinusal. • Extrasístoles ventriculares o arritmia ventricular. • Trastornos de conducción de nueva aparición.
Radiografía (Rx) de tórax (si el centro dispone de ello)	<ul style="list-style-type: none"> • Normal. • Hallazgos inespecíficos como cardiomegalia o congestión venosa pulmonar.
Analítica (si el centro dispone de ello)	<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores cardíacos: CPK-MB, Troponina T o I. • Marcadores inflamatorios: Proteína C Reactiva.

Discusión

- Con un ECG sin hallazgos y marcadores de daño miocárdico e inflamatorios normales, es muy poco probable que el paciente presente miocarditis. En caso contrario, se derivaría al hospital más cercano para valoración por urgencias y cardiología.
- La pericarditis también cursa con elevación del ST al igual que el IAM. Hay veces que ni con la clínica y ni el ECG, el profesional sanitario puede llegar a diferenciarlos y se tendría que recurrir a una coronariografía para descartar la posibilidad de infarto.
- Como no existen recomendaciones específicas para los casos relacionados con la vacunación, debe seguirse el tratamiento habitual para los casos de pericarditis y miocarditis

Conclusiones

- Se recomienda a los profesionales sanitarios que consideren la posibilidad de miocarditis y/o pericarditis ante la aparición de síntomas sugestivos para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Por ello, es de vital importancia trazar un plan de cuidados y protocolizar a este tipo de pacientes que llegan al Servicio de Urgencias para minimizar tiempos de actuación.
- También sería apropiado una información previa a las personas que reciban estas vacunas sobre los síntomas indicativos de miocarditis/pericarditis.
- En personas de riesgo cardiovascular y/o >de 40 años, se debe descartar enfermedad coronaria mediante TC coronario o coronariografía.

Resumen: La miocarditis/pericarditis es una inflamación de las capas del corazón en respuesta a una infección principalmente. Los síntomas de miocarditis/pericarditis son variables (dolor torácico agudo, disnea, palpitaciones, síncope o síntomas gastrointestinales en paciente pediátrico).

Con las vacunas frente al Covid-19 de ARNm también se pueden producir este tipo de patologías, que a veces, por su clínica y parámetros se pueden confundir con IAM (Infarto Agudo de Miocardio). De ahí la importancia de establecer un plan de cuidados y protocolos estandarizados para ofrecer una asistencia de calidad para minimizar daños graves.

Palabras Clave: Pericarditis, Infarto del Miocardio, ARN mensajero

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La miocarditis es una inflamación del músculo cardíaco y la pericarditis es una inflamación de la capa exterior que recubre el corazón, principalmente causada por una infección, que suelen mejorar por sí solas o con un tratamiento adecuado. Los síntomas de miocarditis/pericarditis son variables (dificultad para respirar, palpitaciones, dolor precordial).

El dolor torácico por pericarditis, es más tipo pleurítico, es decir, aumenta con la inspiración y puede llegar a mejorar al sentarse o inclinarse hacia delante. La pericarditis/miocarditis también puede presentar elevación del ST, aunque hay dos rasgos que lo pueden diferenciar del IAM:

1.- En el IAM la elevación del ST es convexo (como si empujaran de él desde abajo) y en la pericarditis/miocarditis, la elevación de ST es cóncavo (como si tirasen de él hacia arriba, morfología de guirnalda).

2.- En el IAM el ST asciende sólo en algunas derivaciones (según la zona afectada), la elevación del ST en pericarditis suele ser más difusa.

Aun así, hay casos difíciles de diferenciar. Por lo que se debería realizar una coronariografía y descartar el IAM, patología más grave que puede dejar mayores secuelas a largo plazo. Otras pruebas recomendables serían la ecocardiografía o Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) para confirmar el diagnóstico de miocarditis.

Debido a la situación vivida mundialmente causada por COVID-19, se han tenido que tomar medidas excepcionales como la vacunación masiva con ARNm a la población. Revisando las páginas oficiales de las dos vacunas más comercializadas en España con esta técnica innovadora, ambas coinciden en cuanto a pericarditis-miocarditis en lo siguiente:

Se han observado, muy raramente, cuadros de miocarditis y/o pericarditis tras la administración de vacunas de ARNm. Estos cuadros se presentan principalmente en hombres jóvenes, después de la 2ª dosis de estas vacunas y en los 14 días siguientes a la vacunación. La evolución es similar a los cuadros de miocarditis y pericarditis que aparecen por otras causas, generalmente de buena evolución.

A pesar de ello existen algunos estudios como el informe del Ministerio de Sanidad de Israel del 2 de junio de 2021, donde se informó de 148 casos de miocarditis temporalmente asociados a la vacunación, 27 de ellos próximos a la primera dosis (de un total 5.401.150 de personas) y 121 próximos a la segunda (de 5.049.424 de personas). La mayoría en varones jóvenes (16 a 19 años), y frecuentemente con la segunda dosis y buena evolución.

Observación Clínica:

Mujer de 53 años, NAMC, alergia al marisco y vino tinto, HTA, no consumidora de alcohol ni tabaco, con 2 Intervenciones Quirúrgicas(cesáreas) y tumorectomía de mama izquierda por fibroadenoma.

La paciente no presenta evidencia de haber pasado el Covid-19. Ha acudido en repetidas ocasiones al servicio de urgencias del PAC (Punto de atención Continuada) con signos compatibles de covid-19, pero en todas ellas (10 veces) ha dado resultados negativos. Se vacunó con la primera dosis con ARNm y al día siguiente comenzó con pinchazos en hemitórax izquierdo y en abdomen, y taquicardia. Acude al PAC por esas molestias. Se le toman constantes, presentando una Tensión Arterial (TA): 139/84 mmHg y Frecuencia Cardíaca (FC): 96 pulsaciones por minuto y se solicita un ECG (Electrocardiograma). En el ECG se aprecia ritmo sinusal y elevación de ST en V1, V2. No presenta cortejo vegetativo, pero esa alteración es indicativa de posible Infarto de Miocardio (IM) Anterior Agudo y/o pericarditis o miocarditis.

Se avisa a la ambulancia para derivación hospitalaria y seriar enzimas cardíacas si se precisara, sí como hacer un diagnóstico diferencial de miocarditis o pericarditis. Se le canaliza VVP (Vía venosa periférica) con SSF (Solución Salina Fisiológica) de 500 cc.

Plan de Cuidados:

- Evaluación inicial
 - Exploración física: signos de insuficiencia cardíaca, taquicardia, taquipnea, fiebre, roce pericárdico.
 - ECG: descenso del intervalo PR, elevación o descenso del ST, inversión de ondas t, disminución de Voltaje, taquicardia sinusal, extrasístoles ventriculares o arritmia ventricular, trastornos de conducción de nueva aparición.
 - Radiografía (Rx) de tórax (si dispone el centro de ello): puede ser normal o presentar hallazgos inespecíficos como cardiomegalia o congestión venosa pulmonar.
 - Analítica (si el centro dispone de ello): Marcadores cardíacos (CPK-MB, Troponina T o I) y marcadores Inflamatorios (Proteína C reactiva)
- Evaluación secundaria a nivel hospitalario: sería recomendable, realizar una evaluación cardiológica (monitorización electrocardiográfica, seriación de enzimas cardíacas, ecocardiograma y cardio-resonancia magnética) y completar la evaluación inicial en el caso de que el centro derivador no disponga de tales recursos.

Discusión:

- Con un ECG sin hallazgos y marcadores de daño miocárdico e inflamatorios normales, es muy poco probable que el paciente presente miocarditis. En caso contrario, derivar al hospital para valoración por urgencias y cardiología.
- La pericarditis también cursa con elevación del ST al igual que el IAM. Hay veces que el profesional sanitario no puede llegar a diferenciarlos, por lo que se tendría que realizar una coronariografía para descartar IAM.
- No existen recomendaciones específicas para los pacientes vacunados. El tratamiento será el habitual para pericarditis/miocarditis.

Conclusiones:

Los profesionales sanitarios deben considerar la posibilidad de miocarditis y/o pericarditis ante la aparición de síntomas sugestivos para un adecuado diagnóstico y tratamiento. Por ello, es de vital importancia trazar un plan de cuidados y protocolizar a este tipo de pacientes.

- También sería apropiado una información previa a las personas que reciban estas vacunas sobre los síntomas indicativos de miocarditis/pericarditis.
- En personas de riesgo cardiovascular y/o >de 40 años, descartar enfermedad coronaria mediante TC coronario o coronariografía.

Bibliografía

1.-AEMPS. Vacunas frente a la COVID-19: conclusiones de la evaluación del riesgo de miocarditis/pericarditis. https://www.aemps.gob.es/informa/notas_informativas/medicamentos_uso_humano-3/seguridad-1/2021-seguridad1/vacunas-frente-a-la-covid-19-conclu

2.- Surveillance of Myocarditis (Inflammation of the Heart Muscle) Cases Between December 2020 and May 2021 (Including). Ministry of Health. Israel. <https://www.gov.il/en/departments/news/01062021-03>. Consultado el 20 de junio de 2021

3.- PubMed Central [Internet]. Elsevier Public Health Emergency Collection: U.S. National Library of Medicine; c2021. Pericarditis tras la administración de la vacuna de ARNm BNT162b2 contra la COVID-19; 2021 junio 12 [rev.2021 diciembre].

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8196309>

Capítulo 42

Caso clínico: Onfalitis en recién nacido

*Criado Nieto-Sandoval, M^a Gracia
Navarro Pacheco, Asunción*

INTRODUCCIÓN

El cordón umbilical es una vía de infección para el recién nacido desde su pinzamiento hasta su caída y cicatrización. La onfalitis es una infección del muñón umbilical y tejidos que lo rodean. Se consideran factores de riesgo asociados para el desarrollo de onfalitis: bajo peso al nacimiento (<2500gr), trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, cateterismo umbilical pero sobre todo partos no limpios o estériles y el cuidado inapropiado del cordón umbilical. La presentación clínica: signos físicos locales, como mal olor o secreción purulenta del muñón umbilical, eritema periumbilical, edema e hipersensibilidad y sistémicos como fiebre, irritabilidad o letargia, vómitos y mal estado general. Las complicaciones son poco frecuentes pero suelen ser graves como sepsis neonatal, trombosis de la vena porta, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal, fascitis necrosante e incluso la muerte. El diagnóstico es clínico pero se deben realizar exámenes de laboratorio que incluyan cultivos del exudado y hemocultivos. El tratamiento suele ser con antibióticos intravenosos que cubran cocos Gram-positivos, bacilos Gram-negativos y anaerobios, deben ser de inicio precoz para disminuir el riesgo de complicaciones y en ocasiones quirúrgico. Los microorganismos más frecuentes son el Staphylococcus aureus y el Streptococcus pyogenes. La edad promedio de inicio es entre los 5 a 9 días de vida. En los países desarrollados, la onfalitis es una afección cuya prevalencia está en torno al 0,7% ascendiendo al 6% en los países en vía de desarrollo. Afecta ambos sexos por igual.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Neonato de 48 horas de vida que tras exploración física rutinaria presenta mal olor del cordón umbilical sin exudado.

Antecedentes:

- Parto eutócico a la 39+4 semanas de gestación.
- Embarazo controlado. Ecografías prenatales normales.
- No reanimación, Apgar 10/10.
- Grupo y Rh del neonato: 0 +. Grupo y Rh de la madre: 0 +.
- Lactancia materna eficaz
- Serologías: Rubéola inmune y resto negativas. SGB negativo.
- Tiempo de bolsa rota 2 horas 20 minutos. Líquido amniótico claro.

Exploración física:

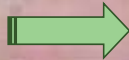
- Frecuencia Cardíaca: 144 l.p.m.
- Temperatura rectal: 36,8 °C.
- Peso: 3.680 Kg.
- Saturación de Oxígeno: 97%.
- TEP estable.
- Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Bien perfundido. No signos de distress. Fontanela normotensa.
- No existen exantemas ni elementos petequiales.
- ACP: Normoventilación. Tonos rítmicos.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Peristaltismo conservado.
- Cordón umbilical con base sin alteraciones, solo sensación de maloliente.

Ante la sospecha de onfalitis:

- Se canaliza vía venosa periférica.
- Se realiza despistaje séptico hemograma + PCR + hemocultivo.
- Se inicia tratamiento intravenoso con Cloxacilina y Gentamicina.
- Se recoge exudado umbilical.

Durante los 6 días de ingreso el recién nacido presenta buen estado general, con exploración física normal y no signos de infección a nivel umbilical, lactancia materna eficaz con ganancia ponderal, por lo que es dado de alta a domicilio.

Los resultados de las pruebas realizadas durante el ingreso son:



- Exudado umbilical: Tinción de gram negativa. Cultivo: flora saprofita.
- Hemocultivos: se aísla estafilococo epidermis (contaminante).

PLANES DE CUIDADOS (PRINCIPALES)

00004 RIESGO DE INFECCIÓN

r/c aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos e insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos.

NOC

- 1700 Creencias sobre la salud.

- 1902 Control del riesgo.

NIC

- 6540 Control de infecciones.

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ

r/c conocimientos básicos sobre la lactancia materna m/p verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.

NOC

- 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante.

NIC

- 5244 Asesoramiento de la lactancia.

00115 RIESGO DE CONDUCTA

DESORGANIZADA DEL LACTANTE r/c procedimientos invasivos y sobrestimulación ambiental.

NOC

- 2102 Nivel del dolor.

NIC

- 1400 Manejo del dolor.

00126 CONOCIMIENTOS

DIFICIENTES r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema

NOC

- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

NIC

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

- 1054 Ayuda en la lactancia materna.

00146 ANSIEDAD r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre y temor.

NOC

- 1302 Afrontamiento de problemas.

NIC

- 5230 Aumentar el afrontamiento.

- 5820 Disminución de la ansiedad.

CONCLUSIÓN

Enfermería tiene un papel fundamental tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de la onfalitis, proporcionando información en la educación maternal acerca de los cuidados del cordón umbilical. Se debe explicar a los padres la importancia de las medidas de higiene de los recién nacidos, ya que en muchos hospitales, se realiza el primer baño en salas independientes de la habitación de los padres, por lo que no pueden ver cómo se realiza adecuadamente la higiene de éste. Por ello, sería de gran utilidad realizar el primer baño de los recién nacidos delante de los padres o, en todo caso, explicar los cuidados de éste antes del alta hospitalaria. Según la OMS, también es importante que el recién nacido esté en la misma habitación con la madre haciendo contacto piel con piel ya que favorece la colonización de bacterias saprofitas de la piel de la madre, no hay que bañar al bebé antes de las 6 primeras horas y no hay que realizar baño diario de forma sistemática.

DISCUSIÓN

En los países desarrollados se compara la cura en seco frente al uso de antisépticos (alcohol, clorhexidina, colorante triple) o antimicrobianos (sulfadiazina de plata), se demuestra que en el uso de antisépticos o antimicrobianos no hay una reducción significativa del riesgo de onfalitis, sin embargo hay un aumento del tiempo de caída del cordón umbilical (lo cual no está relacionado con mayor infección o mortalidad), a diferencia con la cura en seco que se desprende antes el cordón umbilical. Por lo tanto la eficacia de la cura en seco no es menor que la del uso de antisépticos en la prevención de infecciones, no hay evidencia adecuada que justifique el uso de antisépticos o antimicrobianos de forma sistemática. A día de hoy se sigue estudiando la cura del cordón umbilical porque existe poca uniformidad en las recomendaciones de los sanitarios a los padres, porque se basan en recomendaciones según sus criterios o costumbres en lugar de sustentarse en la evidencia científica. Por último, decir que el ingreso de un recién nacido en unidad de neonatología supone un gran impacto psicológico en los padres y un aumento de sentimientos de culpabilidad. Por lo que muchos necesitarán apoyo psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Aamer Imdad; Luke Ç Mullany; Abdullah H Baqui; Shams El Arifeen; James M Tielsch; Subarna K Khatri; Rasheduzzaman Shah; Simon Cousens; Robert E Black; and Zulfiqar A Bhutta. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis. BMC Public Health. 2013; 13(Suppl 3): S15
- Díaz MJ. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharm. 2016; 57(1):5 – 10.
- Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. In: UpToDate, Teresa KD, Richard M (Ed), UpToDate, 2020.
- Moreno Novillo R, Pérez-Moneo B, Pérez Butragueño M. Onfalitis neonatal (v.2/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.
- Sainz Navedo, M. Lecue Martínez, I. Castro Ramos, M. Monsalve Saiz, M. Pérez Rojas. Cura umbilical ¿lo estamos haciendo bien? Comunicación oral presentada en el II Congreso Nacional de Asociaciones de Enfermería Pediátrica, celebrado en Santander en mayo 2018.

Resumen: La onfalitis es una infección del muñón umbilical y tejidos que lo rodean.

Factores de riesgo asociados: bajo peso al nacimiento, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, cateterismo umbilical, partos no limpios y cuidado inapropiado del cordón umbilical.

Clínica habitual: signos físicos locales, mal olor, secreción purulenta, eritema periumbilical y sistémicos, fiebre, irritabilidad o letargia y mal estado general.

Las complicaciones son poco frecuentes, pero suelen ser graves como sepsis neonatal, trombosis de la vena porta, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal, fascitis necrosante e incluso la muerte.

El diagnóstico es clínico, pero se realizan exámenes de laboratorio.

El tratamiento es con antibióticos intravenosos que cubran Gram-positivos, Gram-negativos y anaerobios, inicio precoz.

Palabras Clave: Onfalitis, Sepsis, Neonato

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cordón umbilical es una vía de infección para el recién nacido desde su pinzamiento hasta su caída y cicatrización.

La onfalitis es una infección del muñón umbilical y tejidos que lo rodean.

Son factores de riesgo asociados para su desarrollo: bajo peso al nacimiento (<2500gr), trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, cateterismo umbilical, partos no limpios y cuidado inapropiado del cordón umbilical.

Presentación clínica: signos físicos locales, mal olor o secreción purulenta, eritema periumbilical, edema e hipersensibilidad y sistémicos como fiebre, irritabilidad o letargia, vómitos y mal estado general.

Complicaciones poco frecuentes, pero son graves como sepsis neonatal, trombosis de la vena porta, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal, fascitis necrosante e incluso la muerte.

Diagnóstico: clínico, pero se realizan exámenes de laboratorio que incluyan cultivos del exudado y hemocultivos.

Tratamiento: antibióticos intravenosos que cubran cocos Gram-positivos, bacilos Gram-negativos y anaerobios, de inicio precoz para disminuir el riesgo de complicaciones y quirúrgico. No existe evidencia científica para recomendar la antibioterapia tópica.

Los microorganismos frecuentes: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

La edad promedio de inicio es entre los 5 a 9 días de vida.

En países desarrollados, la onfalitis es una afección cuya prevalencia está aproximadamente al 0,7%.

Afecta ambos sexos por igual.

Observación Clínica:

Neonato de 48 horas de vida que tras exploración física rutinaria presenta mal olor del cordón umbilical sin exudado.

Antecedentes:

- Parto eutócico 39+4 semanas de gestación.
- Embarazo controlado. Ecografías prenatales normales.
- Apgar 10/10.
- Grupo y Rh neonato: 0 +. Grupo y Rh madre: 0 +.
- Lactancia materna eficaz
- Serologías: Rubéola inmune y resto negativas. SGB negativo.
- Bolsa rota 2 horas 20 minutos. Líquido amniótico claro.

Exploración física:

- Frecuencia Cardíaca: 144 l.p.m.
- Temperatura rectal: 36,8°C.
- Peso: 3.680 Kg.
- Saturación de Oxígeno: 97%.
- TEP estable.
- Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Bien perfundido. No signos de distrés. Fontanela normotensa.
- No exantemas ni petequias.
- ACP: Normoventilación.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Peristaltismo conservado.
- Cordón umbilical con base sin alteraciones, solo sensación de maloliente.

Ante la sospecha de onfalitis:

- Se canaliza vía venosa periférica.
- Se realiza despistaje séptico hemograma + PCR + hemocultivo.
- Se inicia tratamiento intravenoso con Cloxacilina y Gentamicina.
- Se recoge exudado umbilical.

Durante los 6 días de ingreso el recién nacido presenta buen estado general, exploración física normal y no signos de infección a nivel umbilical, lactancia materna eficaz con ganancia ponderal, por lo que es dado de alta a domicilio.

Los resultados de las pruebas realizadas durante el ingreso son:

- Exudado umbilical: Tinción de gram negativa. Cultivo: flora saprofita.
- Hemocultivos: se aísla estafilococo epidermis (contaminante).

Plan de Cuidados:

00004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos e insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos.

NOC

- 1700 Creencias sobre la salud.
- 1902 Control del riesgo.

NIC

- 6540 Control de infecciones.

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ r/c conocimientos básicos sobre la lactancia materna m/p verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.

NOC

- 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante.

NIC

- 5244 Asesoramiento de la lactancia.

00115 RIESGO DE CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE r/c procedimientos invasivos y sobreestimulación ambiental.

NOC

- 2102 Nivel del dolor.

NIC

- 1400 Manejo del dolor.

00126 CONOCIMIENTOS DIFICIENTES r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema.

NOC

- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

NIC

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

– 1054 Ayuda en la lactancia materna.

00146ANSIEDAD r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre y temor.

NOC

– 1302 Afrontamiento de problemas.

NIC

– 5230 Aumentar el afrontamiento.

– 5820 Disminución de la ansiedad.

Discusión:

Enfermería tiene un papel fundamental tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de la onfalitis, proporcionando información en la educación maternal acerca de los cuidados del cordón umbilical. Se debe explicar a los padres la importancia de medidas de higiene de los recién nacidos, ya que, en muchos hospitales, se realiza el primer baño en salas independientes de la habitación de los padres, por lo que no ven cómo se realiza la higiene de éste. Por ello, sería de gran utilidad realizar el primer baño delante de los padres o explicar los cuidados de éste antes del alta hospitalaria.

Según la OMS, es importante que el recién nacido esté en la misma habitación con la madre haciendo contacto piel con piel ya que favorece la colonización de bacterias saprofitas de la piel de la madre, no hay que bañar al bebé antes de las 6 primeras horas y no hay que realizar baño diario de forma sistemática.

Conclusión:

En los países desarrollados se compara la cura en seco frente al uso de antisépticos (alcohol, clorhexidina) o antimicrobianos (sulfadiazina de plata), se demuestra que en el uso de antisépticos o antimicrobianos no hay una reducción significativa del riesgo de onfalitis, sin embargo, hay un aumento del tiempo de caída del cordón umbilical a diferencia con la cura en seco que se desprende antes el cordón.

A día de hoy se sigue estudiando la cura del cordón umbilical porque existe poca uniformidad en las recomendaciones de los sanitarios a los padres, porque se basan en recomendaciones según sus criterios o costumbres en lugar de sustentarse en la evidencia científica.

Bibliografía

1.- Aamer Imdad; Luke C Mullany; Abdullah H Baqui; Shams El Arifeen; James M Tielsch; Subarna K Khatri; Rasheduzzaman Shah; Simon Cousens; Robert E Black; and Zulfiqar A Bhutta. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis. BMC Public Health. 2013; 13(Suppl 3): S15.

2.-Díaz MJ. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharm. 2016; 57(1):5 – 10.

3.- Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. In: UpToDate, Teresa KD, Richard M (Ed), UpToDate, 2020.

4.- Moreno Novillo R, Pérez-Moneo B, Pérez Butragueño M. Onfalitis neonatal (v.2/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.

5.- Sainz Navedo, M. Lecue Martínez, I. Castro Ramos, M. Monsalve Saiz, M. Pérez Rojas. Cura umbilical ¿lo estamos haciendo bien? Comunicación oral presentada en el II Congreso Nacional de Asociaciones de Enfermería Pediátrica, celebrado en Santander en mayo 2018.

Capítulo 43

Caso Clínico: Oximetría Regional.

*Blanco Paniagua, Marina
Laso Hoz, Ana Isabel
Rodríguez Santos, Noelia*

INTRODUCCIÓN

La tecnología facilita los cuidados a las enfermeras y les apoya en la toma de decisiones, especialmente dentro de las unidades de cuidados intensivos. Un ejemplo es la oximetría regional.

La monitorización de la oximetría cerebral y/o somática se realiza a través de unos sensores que se colocan de forma simétrica a ambos lados del cuerpo en la zona a vigilar. Utilizan una luz que es absorbida por los tejidos de forma proporcional a su consumo de oxígeno regional, parámetro estrechamente relacionado con la perfusión tisular. A través de un monitor se obtiene la saturación de oxígeno tisular con un valor numérico y una gráfica con la tendencia de los valores, permitiendo una monitorización continua y no invasiva, además de los cambios que se producen en tiempo real.



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 53 años con los siguientes antecedentes de interés:

- Posible alergia a antibióticos betalactámicos y penicilinas.
- Hipertensión arterial.
- Exfumador.
- Miocardiopatía dilatada no isquémica, diagnosticada en 2013, con disfunción biventricular severa.
- Implantación de desfibrilador automático implantable (DAI), en 2013.
- Ablaciones endocárdicas en 2013 y 2019, poco efectivas. Solicitado estudio genético e inicio de estudio pre-trasplante cardiaco.

Colocación de sensores



Ingresa en Cardiología Críticos por dolor torácico y varias descargas del DAI. Estando ingresado en esta unidad sufre parada cardiorrespiratoria y se decide colocar de forma percutánea una membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) a través de la femoral derecha. Cuatro días más tarde y al alcanzar estabilidad hemodinámica se convierte la ECMO-VA en una asistencia biventricular (BiVAD) de canulación central. Al 4º día con la BiVAD el paciente presenta datos de mala perfusión distal en miembro inferior derecho (MID), donde había tenido colocada la ECMO-VA. Por ello se avisa a Cirugía Cardiovascular, quienes realizan trombectomía con Fogarty y plastia femoral del MID.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
00086. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.	0407. Perfusión tisular: periférica.	4062. Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial.
	0401. Estado circulatorio.	3480. Monitorización de las extremidades inferiores.
00206. Riesgo de sangrado.	0413. Severidad de la pérdida de sangre.	3440. Cuidados del sitio de incisión.
00004. Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo	1924. Control del riesgo: proceso infeccioso.	6550. Protección contra las infecciones.
00046. Deterioro de la integridad cutánea.	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel.

DISCUSIÓN

El principal uso de la oximetría regional es la monitorización continua, a través de los sensores colocados zonas de alto riesgo de isquemia y detectar complicaciones de forma precoz. Concretamente en este paciente, la monitorización de la oximetría de miembros inferiores (MMII) se finalizó con valores estables y simétricos y sin clínica de isquemia dos días después de retirar la ECMO-VA.



Dos días más tarde, el paciente comenzó con clínica de mala perfusión en MID, donde había tenido la ECMO-VA, y por ello se decidió monitorizar nuevamente la oximetría en MMII. Se obtuvieron valores en MID muy inferiores a los del miembro inferior izquierdo (MI), lo que respaldaba la sospecha de isquemia en el MID. Esta monitorización "a posteriori" apoya la toma de decisiones para minimizar complicaciones en el paciente.

Tras la reparación quirúrgica se observó un aumento rápido de los valores de oximetría en la extremidad afectada para posteriormente hacerse prácticamente simétrico en ambos MMII. Esto ocurre así debido a un fenómeno de vasodilatación por reperusión.



CONCLUSIÓN

La monitorización de la oximetría cerebral y/o somática constituye un método "complementario" ya que se utiliza como ayuda para identificar de forma precoz situaciones de riesgo, y así anticipar su resolución en beneficio de los pacientes.

Caídas en sus valores, permitirá seguir protocolos establecidos de actuación, con una importante labor de las enfermeras.

Para su correcto uso e interpretación es imprescindible que el manejo de esta tecnología lo realice personal cualificado y adecuadamente formado para ello.

Resumen: La oximetría regional proporciona el consumo de oxígeno de los tejidos de forma continua y no invasiva, y este parámetro se relaciona con la perfusión tisular.

El caso clínico presenta a un varón de 53 años portador de una asistencia biventricular que al 4º día presenta datos de mala perfusión en el miembro donde había tenido previamente otro dispositivo. Se realiza un plan de cuidados mediante diagnósticos de enfermería (NANDA), criterios de resultado (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

La oximetría regional es un método “complementario” para identificar precozmente situaciones de riesgo. La formación de quienes lo manejan es imprescindible.

Palabras Clave: Monitoreo de gas sanguíneo transcutáneo, Isquemia, Atención de Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La tecnología facilita los cuidados a las enfermeras y les apoya en la toma de decisiones, especialmente dentro de las unidades de cuidados intensivos. Un ejemplo es la oximetría regional.

La monitorización de la oximetría cerebral y/o somática se realiza a través de unos sensores que se colocan de forma simétrica a ambos lados del cuerpo en la zona a vigilar. Utilizan una luz que es absorbida por los tejidos de forma proporcional a su consumo de oxígeno regional, parámetro estrechamente relacionado con la perfusión tisular. A través de un monitor se obtiene la saturación de oxígeno tisular con un valor numérico y una gráfica con la tendencia de los valores, permitiendo una monitorización continua y no invasiva, además de los cambios que se producen en tiempo real.

Observación Clínica:

Varón de 53 años con los siguientes antecedentes de interés:

- Posible alergia a antibióticos betalactámicos y penicilinas.
- Hipertensión arterial.
- Exfumador.
- Miocardiopatía dilatada no isquémica, diagnosticada en 2013, con disfunción biventricular severa.
- Implantación de desfibrilador automático implantable (DAI), en 2013.
- Ablaciones endocárdicas en 2013 y 2019, poco efectivas. Solicitado estudio genético e inicio de estudio pre-trasplante cardiaco.

Ingresa en Cardiología Críticos por dolor torácico y varias descargas del DAI. Estando ingresado en esta unidad sufre parada cardiorrespiratoria y se decide colocar de forma percutánea una membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) a través de la femoral derecha. Cuatro días más tarde y al alcanzar estabilidad hemodinámica se convierte la ECMO-VA en una

asistencia biventricular (BiVAD) de canulación central. Al 4º día con la BiVAD el paciente presenta datos de mala perfusión distal en miembro inferior derecho (MID), donde había tenido colocada la ECMO-VA. Por ello se avisa a Cirugía Cardiovascular, quienes realizan trombectomía con Forgarty y plastia femoral del MID.

Plan de Cuidados Enfermero:

NANDA 00086. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

NOC 0407. Perfusión tisular: periférica.

NIC 4062. Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial.

NOC 0401. Estado circulatorio.

NIC 3480. Monitorización de las extremidades inferiores.

NANDA 00206. Riesgo de sangrado.

NOC 0413. Severidad de la pérdida de sangre.

NIC 3440. Cuidados del sitio de incisión.

NANDA 00004. Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

NOC 1924. Control del riesgo: proceso infeccioso.

NIC 3440. Cuidados del sitio de incisión.

NANDA 00046. Deterioro de la integridad cutánea.

NOC 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

NIC 6550. Protección contra las infecciones.

Discusión:

El principal uso de la oximetría regional es la monitorización continua, a través de los sensores colocados zonas de alto riesgo de isquemia y detectar complicaciones de forma precoz. Concretamente en este paciente, la monitorización de la oximetría de miembros inferiores (MMII) se finalizó con valores estables y simétricos y sin clínica de isquemia dos días después de retirar la ECMO-VA.

Dos días más tarde, el paciente comenzó con clínica de mala perfusión en MID, donde había tenido la ECMO-VA, y por ello se decidió monitorizar nuevamente la oximetría en MMII. Se obtuvieron valores en MID muy inferiores a los del miembro inferior izquierdo (MII), lo que respaldaba la sospecha de isquemia en el MID. Esta monitorización “a posteriori” apoya la toma de decisiones para minimizar complicaciones en el paciente.

Tras la reparación quirúrgica se observó un aumento rápido de los valores de oximetría en la extremidad afectada para posteriormente hacerse prácticamente simétrico en ambos MMII. Esto ocurre así debido a un fenómeno de vasodilatación por reperfusión.

Conclusiones:

La monitorización de la oximetría cerebral y/o somática constituye un método “complementario” ya que se utiliza como ayuda para identificar de forma precoz situaciones de riesgo, y así anticipar su resolución en beneficio de los pacientes.

Caídas en sus valores, permitirá seguir protocolos establecidos de actuación, con una importante labor de las enfermeras.

Para su correcto uso e interpretación es imprescindible que el manejo de esta tecnología lo realice personal cualificado y adecuadamente formado para ello.

Bibliografía

1.- Kim DJ, Cho Y-J, Park SH et al. Near-infrared spectroscopy monitoring for early detection of limb ischemia in patients on veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation. *ISAIO Journal*. 2017; 63 (5): 613-617.

2.- Wong JK, Smith TN, Pitcher HT et al. Cerebral and lower limb near-infrared spectroscopy in adults on extracorporeal membrane oxygenation. *Artificial Organs*, 36: 659-667.

3.- Pozzebon S, Blandino A, Franchi F et al. Cerebral near-infrared spectroscopy in adult patients undergoing veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation. *Neurocrit Care*. 2018; 29: 94-104.

Capítulo 44

Caso clínico: Uso de dispositivos de oxígeno a alto flujo en la insuficiencia cardíaca

*Rodríguez Santos, Noelia
Blanco Paniagua, Marina
Laso Hoz, Ana Isabel*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las terapias de oxígeno de alto flujo (OAF) son consideradas cada vez más, como una alternativa a la oxigenoterapia convencional en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

El OAF consiste en suministrar mediante cánulas nasales de silicona un flujo de gas de hasta 60L/min a una temperatura y humedad ideales. Esto permite disminuir la resistencia de la vía aérea superior, generar cierto grado de presión positiva y provocar cambios en el volumen circulante y, todo ello, con una mayor comodidad y tolerancia por parte del paciente.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Hombre de 65 años. No reacciones alérgicas conocidas previas.

Antecedentes de interés:

- Vida activa.
- Ex-fumador.
- HTA.
- Insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis crónica. En hemodiálisis desde 2001.
- Trasplante renal hasta en 3 ocasiones. el primero en 2003 con trombosis del injerto, el segundo en 2005 y un tercero y ultimo en 2013.
- Adenocarcinoma acinar de próstata en tratamiento actual con ciclos de radioterapia.
- TEP bilateral 2021.

Ingresa en nuestra unidad tras debutar con un cuadro de insuficiencia cardíaca en contexto de flutter auricular a una FC de 150 lat/min, con disnea, ortopnea, edemas en MMII y datos de sobrecarga hídrica bilateral (derrame pleural izquierdo). El paciente presenta FEVI conservada y un ventrículo derecho ligeramente dilatado con función normal.



PLAN DE CUIDADOS

NANDA	NOC	NIC
00026 Exceso del volumen de líquidos	0503 Eliminación urinaria	4120 Manejo de líquidos 580 Sondaje vesical
00030 Deterioro del intercambio de gases	0403 Estado respiratorio: ventilación	3390 Ayuda a la ventilación 4210 Monitorización hemodinámica invasiva
00032 Patrón respiratorio ineficaz	0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso	3320 Oxigenoterapia
00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	0400 Efectividad de la bomba cardíaca	4090 Manejo de la arritmia
00146 Ansiedad	0007 Nivel de fatiga	5820 Disminución de la ansiedad

DISCUSIÓN

Nos encontramos con un paciente con un cuadro de ICC en contexto de flutter auricular rápido, en el que se decide utilizar la terapia de alto flujo, ya que estos dispositivos generan cierta presión positiva intra-torácica y aumentan el volumen pulmonar dando lugar a una disminución en el colapso de la vena cava inferior, y por tanto disminución de la precarga de ventrículo derecho sin disminución del gasto cardíaco. En este caso, la utilización temprana la terapia de OAF nos permitió no solo mejorar la disnea y sintomatología respiratoria del paciente en menos de 48h si no también, mejorar su hemodinámica, facilitando la comunicación oral con el paciente y su comodidad, evitando además, tener que usar otras terapias mas invasivas como la ventilación mecánica para resolver el cuadro.

CONCLUSIÓN

Las terapias OAF son una opción terapéutica viable y útil en los pacientes con ICC, ya que permiten no solo mejorar la oxigenación y disminuir trabajo respiratorio por parte del paciente, si no mejorar también el patrón hemodinámico del mismo, sin olvidar que estos dispositivos favorecen bienestar de los pacientes, generan menos ruido y menos sequedad nasal, además de facilitar la comunicación y la ingesta sin necesidad de desconectar el circuito.

Resumen: Las terapias con oxígeno a alto flujo son cada vez más utilizadas como alternativa a la terapia convencional, permitiendo incluso a veces evitar tener que llegar a la ventilación mecánica en algunos cuadros de insuficiencia respiratoria aguda.

Se presenta un caso clínico de un paciente de 65 años, que debuta con un cuadro de insuficiencia cardíaca en el contexto de un Flutter auricular, con una frecuencia cardíaca en torno 150/latidos/minutos donde se decide emplear una terapia de oxígeno a alto flujo como tratamiento para mejorar tanto los síntomas respiratorios, como hemodinámicos que presenta.

Palabras Clave: Terapia por inhalación de oxígeno, Insuficiencia cardíaca, Aleteo atrial

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En los últimos años las terapias de oxígeno de alto flujo (OAF) son consideradas cada vez más, como una alternativa a la oxigenoterapia convencional en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. El OAF consiste en suministrar mediante cánulas nasales de silicona un flujo de gas de hasta 60L/min a una temperatura y humedad ideales. Esto permite disminuir la resistencia de la vía aérea superior, generar cierto grado de presión positiva y provocar cambios en el volumen circulante y, todo ello, con una mayor comodidad y tolerancia por parte del paciente.

Observación Clínica:

Hombre de 65 años. No reacciones alérgicas conocidas previas.

Antecedentes de interés:

- Vida activa. - Ex-fumador. - HTA.

- Insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis crónica. En hemodiálisis desde 2001.

- Trasplante renal hasta en 3 ocasiones. el primero en 2003 con trombosis del injerto, el segundo en 2005 y un tercero y último en 2013. - Adenocarcinoma acinar de próstata en tratamiento actual con ciclos de radioterapia. - TEP bilateral 2021.

Ingresa en nuestra unidad tras debutar con un cuadro de insuficiencia cardíaca en contexto de flutter auricular a una FC de 150 lat/min, con disnea, ortopnea, edemas en MMII y datos de sobrecarga hídrica bilateral (derrame pleural izquierdo). El paciente presenta FEVI conservada y un ventrículo derecho ligeramente dilatado con función normal

Plan de Cuidados Enfermero:

NANDA: 00026 - Exceso del volumen de líquidos

NOC: 0503 - Eliminación urinaria

NIC1: 4120 - Manejo de líquidos

580 - Sondaje vesical

NANDA: 00030 - Deterioro del intercambio de gases

NOC: 0403 - Estado respiratorio: ventilación

NIC: 3390 - Ayuda a la ventilación

4210 - Monitorización hemodinámica invasiva

NANDA: 00032 - Patrón respiratorio ineficaz

NOC: 0402 - Estado respiratorio: intercambio gaseoso

NIC: 3320 - Oxigenoterapia

NANDA: 00200 - Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca

NOC: 0400 - Efectividad de la bomba cardíaca

NIC: 4090 - Manejo de la arritmia

NANDA: 00146 - Ansiedad

NOC: 0007 - Nivel de fatiga

NIC: 5820 - Disminución de la ansiedad

Discusión:

Nos encontramos con un paciente con un cuadro de ICC en contexto de flutter auricular rápido, en el que se decide utilizar la terapia de alto flujo, ya que estos dispositivos generan cierta presión positiva intra-torácica y aumentan el volumen pulmonar dando lugar a una disminución en el colapso de la vena cava inferior, y por tanto disminución de la precarga de ventrículo derecho sin disminución del gasto cardíaco. En este caso, la utilización temprana la terapia de OAF nos permitió no solo mejorar la disnea y sintomatología respiratoria del paciente en menos de 48h si no también, mejorar su hemodinámica, facilitando la comunicación oral con el paciente y su comodidad, evitando, además, tener que usar otras terapias más invasivas como la ventilación mecánica para resolver el cuadro.

Conclusiones:

Las terapias OAF son una opción terapéutica viable y útil en los pacientes con ICC, ya que permiten no solo mejorar la oxigenación y disminuir trabajo respiratorio por parte del paciente, si no mejorar también el patrón hemodinámico del mismo, sin olvidar que estos dispositivos favorecen bienestar de los pacientes, generan menos ruido y menos sequedad nasal, además de facilitar la comunicación y la ingesta sin necesidad de desconectar el circuito

Bibliografía

- 1.- Masclans JR, Pérez-Terán P, Roca O. The role of high flow oxygen therapy in acute respiratory failure. *Med Intensiva*. 2015;39(8):505–15.
- 2.- Callejas T, Coautores I, Menchón ., Requena D. Protocolo de tratamiento con oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal. *Enfermeriadeurgencias.com*.
3. Carratalá Perales JM, Llorens P, Brouzet B, Albert Jiménez AR, Fernández-Cañadas JM, Carbajosa Dalmau J, et al. Terapia de alto flujo de oxígeno con cánulas nasales en la insuficiencia cardíaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(8):723–5

Capítulo 45

Catéter Periférico: ¿Es tan inocuo como parece?

*Díaz-Raserón Izquierdo, Beatriz
Rodríguez Ceniceros, Ana
Solas García, Raquel*

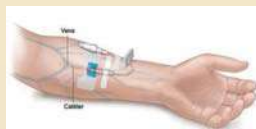
CATÉTER PERIFÉRICO: ¿ES TAN INOCUO COMO PARECE?

AUTORES

Díaz-Raserón Izquierdo, Beatriz; Rodríguez Ceniceros, Ana; Solanas García, Raquel.
Enfermeras del Servicio Riojano de Salud.

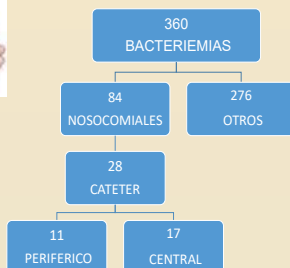
SATSE

INTRODUCCIÓN



CATÉTER PERIFÉRICO (CP)

DATOS DEL HOSPITAL DE MATARÓ EN 2009:



AGENTE CAUSAL



STAPHYLOCOCCUS AUREUS



OBJETIVO

Conocer la repercusión de los catéteres venosos periféricos como agentes causales en las infecciones nosocomiales y saber si hay medidas que puedan evitarlas.

TÉRMINOS DECS

Catéteres, Flebitis, Infecciones relacionadas con catéteres

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en internet, revistas de interés y en la base de datos Dialnet durante el mes de mayo del 2022. La cadena de búsqueda empleada fue “nosocomial AND catéter periférico” y “catéter periférico AND complicaciones”. Se restringió la búsqueda a artículos publicados con una antigüedad inferior a diez años. Por su pertinencia con el tema se seleccionan cuatro documentos para su análisis.

RESULTADOS

- La duración del catéter está relacionada con las complicaciones infecciosas.
- La irritación química de la pared vascular se denomina flebitis y favorece la colonización bacteriana.
- El riesgo es mayor en catéter central pero el uso habitual del CP hace que se equiparen.
- Hay escasos estudios con los que trabajar.

CONCLUSIONES

- Cambiar el CP solo cuando existan signos tempranos de flebitis.
- Retirar el catéter cuando ya no sea necesario (38 % de los CP no son necesarios).
- Utilizar técnicas asépticas en la canalización para disminuir la posibilidad de infección.
- Es necesario el registro informático de los CP incluyendo fecha de inserción, de retirada y de la causa.

BIBLIOGRAFIA

- Delgado-Capel M, Gabillo A, Elías L, Yébenes JC, Sauca G, Capdevila JA. Características de la bacteriemia relacionada con catéter venoso periférico en un hospital general. Revista Española de Quimioterapia. 2012 Jun 1;25(2).
- Capdevila JA. El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. Revista Española de Quimioterapia. 2013 Mar 1;26(1).
- Eufrásio MJ, Dias AM, Santos E. Comparação da substituição clinicamente indicada e de rotina de cateteres venosos periféricos: revisão sistemática com meta-análise. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health. 2021 Nov 30(9e):81-90.
- Úbeda NP, Úbeda MP. Acceso venoso periférico. Cuidados y complicaciones derivadas. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(7):72.

Resumen: Los catéteres venosos periféricos son una herramienta de uso cotidiano en el ámbito sanitario. Las complicaciones que de ellos se derivan van desde la flebitis hasta la infección sistémica. Las recomendaciones actuales del manejo de catéteres endovenosos para la prevención de bacteriemias están orientadas a catéteres centrales infravalorando el catéter periférico de uso mucho más extendido.

Palabras Clave: Catéteres, Flebitis, Infecciones relacionadas con catéteres.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Catéter periférico (CP): Catéter insertado en vena con longitud menor a 3 pulgadas (7.62cm)

Un estudio del 2009 en el Hospital de Mataró contabiliza 360 bacteriemias de las cuales 84 son nosocomiales. De esas 84, 28 son causadas por catéter y 11 de ellas por catéter periférico mientras que 17 lo son por vía central.

El agente etiológico más frecuente es el Staphylococcus aureus.

Los factores de riesgo detectados para el desarrollo de bacteriemia por CP son: ser mujer, canalización de catéter en flexura, administración de determinados antibióticos irritantes y haber sido canalizados en urgencias o plantas médico-quirúrgicas.

Observación Clínica:

Conocer la repercusión de los catéteres venosos periféricos como agentes causales en las infecciones nosocomiales y saber si hay medidas que puedan evitarlas.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica en internet, revistas de interés y en la base de datos Dialnet durante el mes de mayo del 2022. La cadena de búsqueda empleada fue “nosocomial AND catéter periférico” y “catéter periférico AND complicaciones”. Se restringió la búsqueda a artículos publicados con una antigüedad inferior a diez años. Por su pertinencia con el tema se seleccionan cuatro documentos para su análisis.

Resultados:

- La duración del catéter está relacionada con las complicaciones infecciosas.
- La irritación química de la pared vascular se denomina flebitis y favorece la colonización bacteriana.
- El riesgo es mayor en catéter central pero el uso habitual del CP hace que se equiparen.
- Hay escasos estudios con la que trabajar.

Conclusiones:

- Cambiar el CP solo cuando existan signos tempranos de flebitis.
- Retirar el catéter cuando ya no sea necesario (38 % de los CP no son necesarios).
- Utilizar técnicas asépticas en la canalización para disminuir la posibilidad de infección.
- Es necesario el registro informático de los CP incluyendo fecha de inserción, de retirada y de la causa.

Bibliografía

1.- Delgado-Capel M, Gabillo A, Elias L, Yébenes JC, Sauca G, Capdevila JA. Características de la bacteriemia relacionada con catéter venoso periférico en un hospital general. Revista Española de Quimioterapia. 2012 Jun 1;25(2).

2.- Capdevila JA. El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. Revista Española de Quimioterapia. 2013 Mar 1;26(1).

3.- Eufrásio MJ, Dias AM, Santos E. Comparação da substituição clinicamente indicada e de rotina de cateteres venosos periféricos: revisão sistemática com meta-análise. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health. 2021 nov 30(9e):81-90.

4.- Úbeda NP, Úbeda MP. Acceso venoso periférico. Cuidados y complicaciones derivadas. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(7):72.

Capítulo 46

Causas extracardiacas de alteraciones en el electrocardiograma

*Navarro Muñoz, Cristina
Fernández-Infantes Diaz-Pinto, Cristina
Lozano Calatayud, Raquel*

CAUSAS EXTRACARDIACAS DE ALTERACIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

NAVARRO MUÑOZ, C.
FERNANDEZ-INFANTES DIAZ-PINTO, C.
LOZANO CALATAYUD, R.

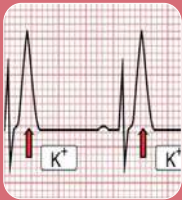
INTRODUCCIÓN

Los trastornos electrolíticos alteran el funcionamiento normal de las células cardiacas y pueden modificar los potenciales de acción de las membranas. Los principales iones implicados son el potasio, el calcio y el magnesio

Así mismo, los efectos farmacológicos que los fármacos antiarrítmicos (FAA) ejercen sobre la configuración y duración del potencial de acción, por lo que dan lugar a alteraciones del ECG que nos serán de gran ayuda en la práctica clínica diaria.

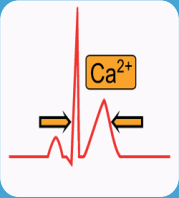
RESULTADOS

ALTERACIONES DEL POTASIO



- **HIPERPOTASEMIA:** al inicio se observan ondas T picudas. Conforme se va agravando el cuadro, aparece aplanamiento de la onda P, prolongación del PR y estrechamiento del QRS. se puede desencadenar asistolia y FV.
- **HIPOPOTASEMIA:** Se observa aplanamiento progresivo de la onda T y del segmento ST. En casos graves, aumenta la amplitud y duración de la onda P y del QRS.

ALTERACIONES DEL CALCIO



- **HIPERCALCEMIA:** se acorta la fase 2 del potencial de acción, por lo que se observa acortamiento del segmento ST y del intervalo QT. Puede aparecer FA y bloqueos AV.
- **HIPOCALCEMIA:** al contrario que en la hipercalcemia, se alarga el segmento ST y el intervalo QT.

ALTERACIONES DEL MAGNESIO



- Las alteraciones del Mg suelen ser menos evidentes, y van comúnmente asociadas a alteraciones del K. La **HIPOMAGNESEMIA** esta relacionada con el síndrome de QT largo y la aparición de Torsade de Pointes.

CONCLUSIONES

Las alteraciones del Potasio y del Calcio son las que más frecuentemente dan lugar a las alteraciones más típicas. Tanto su déficit como su exceso pueden provocar alteraciones en el electrocardiograma y arritmias malignas.

Generalmente, secundarias a la propia acción del fármaco, los antiarrítmicos y los digitálicos pueden causar alteraciones en el electrocardiograma. Aunque estas alteraciones también pueden ser ocasionadas por sobredosificación o susceptibilidades del paciente.

OBJETIVOS

- 1, Explicar los aspectos básicos de electrocardiografía clínica.
- 2, Conocer los trastornos electrocardiográficos de causa extracardiaca.
- 3, Exponer el electrocardiograma como método diagnóstico de alteraciones iónicas e intoxicaciones.

METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la literatura científica existente. Se han consultado las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden, con las palabras clave: Arrhythmias, Cardiac, electrocardiography, Substance Abuse.

USO DE DIGITALICOS

- El uso de digoxina implica cambios en el segmento ST (cubeta digitalica), siendo un signo de impregnación de digoxina. La intoxicación por digoxina puede provocar bloqueos en la conducción y taquicardias secundarias a alteraciones electrolíticas.

USO DE ANTIARRITMICOS

- Los beta-bloqueantes, los antagonistas de los canales del Ca y la amiodarona pueden producir bradiarritmias por sus efectos sobre el nodo sinusal y el nodo AV.
- Otros antiarrítmicos pueden prolongar el intervalo QT pudiendo favorecer la aparición de Torsade de Pointes.

**— Cómo interpretar un —
ELECTROCARDIOGRAMA**

1 **FC** FRECUENCIA CARDÍACA: Mide el número de ondas P por minuto. Fórmula: $FC = \frac{60}{\text{Intervalo R-R (min)}} \times 60$

2 **RITMO**: Mide el tiempo entre ondas P consecutivas. Fórmula: $QT = \frac{QT}{VRR}$

3 **EJE**: Mide el ángulo de la onda R en aVF. + normal, - izquierda, + derecha.

4 **onda P**: Mide la amplitud de la onda P en aVF. + normal, - izquierda, + derecha.

5 **INTERVALO P-R**: Mide el tiempo entre ondas P y QRS. + normal, - izquierda, + derecha.

6 **INTERVALO Q-T**: Mide el tiempo entre ondas QRS y T. + normal, - izquierda, + derecha.

7 **QRS**: Mide la amplitud de la onda R. + normal, - izquierda, + derecha.

8 **SEGMENTO S-T**: Mide el tiempo entre ondas QRS y T. + normal, - izquierda, + derecha.

9 **onda T**: Mide la amplitud de la onda T. + normal, - izquierda, + derecha.

10 **MARCA PASOS**: Mide el tiempo entre ondas P consecutivas. + normal, - izquierda, + derecha.

VOLTAJE = mV: 10 mm = 1 mV

TIEMPO = seg: 5 mm = 0,2 seg

www.enfermeriacreativa.com

Resumen: A la hora de interpretar un ECG es importante hacerlo de una forma sistematizada: ver primero el ritmo y la frecuencia cardíaca y valorar posteriormente los distintos intervalos en orden, de izquierda a derecha: onda P, intervalo PR, QRS, segmento ST y onda T (además de medir el intervalo QT).

Los trastornos electrolíticos alteran el funcionamiento normal de las células cardíacas y pueden modificar los potenciales de acción de las membranas. Los principales iones implicados son el potasio, el calcio y el magnesio, y tanto su déficit como su exceso pueden provocar alteraciones en el electrocardiograma y arritmias malignas.

Así mismo, los efectos farmacológicos que los fármacos antiarrítmicos (FAA) ejercen sobre la configuración y duración del potencial de acción, por lo que dan lugar a alteraciones del ECG que nos serán de gran ayuda en la práctica clínica diaria.

Palabras Clave: Arrhythmias, Cardiac, electrocardiography, Substance Abuse

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El electrocardiograma (ECG) se compone de distintas ondas, intervalos y segmentos. Para una correcta interpretación del mismo, exige un análisis de dichos fenómenos, siendo metódico y sistemático. Se debe analizar:

- La frecuencia cardíaca. En el ECG normal, un segundo equivale a 5 cuadrados grandes en papel milimetrado, por lo que un minuto estará compuesto por 300 cuadrados grandes. Se mide frecuencia cardíaca dividiendo 300 entre el número de cuadrados entre dos complejos RR.

- El ritmo. Si es regular o irregular. Se debe medir el espacio de intervalo RR y compararla con el resto de intervalos.

- Las ondas, los intervalos y los segmentos.

- Ondas: se debe detectar la presencia de onda P y si estas son sinusales o no. Del complejo QRS se debe observar su duración para saber si es ancho o estrecho y se tendrá en cuenta la presencia de ondas Q patológicas. De la onda T, se medirá su amplitud, polaridad y morfología. Cambios en la onda T pueden indicar alteraciones electrolíticas o isquemia.

- Intervalos: del intervalo PR se medirá la duración para ver si es alargado o acortado, que nos dará información sobre anomalías del nodo sinusal o la existencia de vías accesorias.

- Segmentos: La elevación o descenso del segmento ST es clave en el diagnóstico de cardiopatía isquémica.

- El eje cardíaco. Es la dirección del vector resultante de la despolarización de los ventrículos, es decir, hacia donde se dirige el estímulo eléctrico de los ventrículos. El eje normal se encuentra entre -30° y $+90^\circ$.

Dado que la despolarización y repolarización de las células cardiacas están reguladas por corrientes iónicas, las alteraciones de los niveles normales de los iones potasio, calcio y magnesio se manifiestan en el electrocardiograma, por lo que sirve de gran ayuda en su diagnóstico.

Objetivos:

- Explicar los aspectos básicos de electrocardiografía clínica.
- Conocer los trastornos electrocardiográficos de causa extracardiaca.
- Exponer el electrocardiograma como método diagnóstico de alteraciones iónicas e intoxicaciones.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la literatura científica existente, tanto de artículos de actualidad como de guías de práctica clínica. Se han consultado las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas, con las palabras clave: Arrhythmias, Cardiac, electrocardiography, Substance Abuse.

Resultados:

1. Alteraciones iónicas.
 - a. Alteraciones del potasio

La hiperpotasemia es una de las urgencias metabólicas más frecuentes y suele estar asociada a trastornos renales y el uso de algunos fármacos. El aumento del potasio sérico hace más negativo el potencial de reposo y produce despolarización parcial del miocardio, lo que provoca una disminución de la contracción cardiaca y favorece la aparición de arritmias ventriculares.

- En la hiperpotasemia leve (niveles de k^+ 5.5 – 6.5meq/L), se observan ondas T picudas.
- En la hiperpotasemia moderada (niveles de k^+ 6.5 – 8meq/L), aparece aplanamiento de la onda P, prolongación del PR y estrechamiento del QRS. Además, pueden aparecer extrasístoles ventriculares frecuentes, bloqueos AV y alteraciones del nodo sinusal.
- En la hiperpotasemia severa (niveles de k^+ >8meq/L), desaparece la onda P y el QRS se hace más ancho y sinusoidal. Puede desencadenar asistolia y FV.

La hipopotasemia es también muy frecuente pero los cuadros graves se ven más raramente. En este caso en el EKG se observa aplanamiento progresivo de la onda T y del segmento ST, aumentando la prominencia de la onda U. En casos graves, aumenta la amplitud y duración de la onda P y del QRS.

- b. Alteraciones del calcio

Cuando hay hipercalcemia se acorta la fase dos del potencial de acción, por lo que se observa acortamiento del segmento ST y del intervalo QT. Puede aparecer FA y bloqueos AV.

Por el contrario, en la hipocalcemia se alarga el segmento ST y el intervalo QT.

- c. Alteraciones del magnesio

Las alteraciones del magnesio, suelen ser menos evidentes y van comúnmente acompañadas de alteraciones del potasio. La hipomagnesemia está relacionada con el síndrome de QT largo y la aparición de Torsade de Pointes.

2. Uso de fármacos

a. Digitálicos.

La digoxina actúa sobre los canales del calcio y del sodio y tienen efecto inotrópico positivo y vagotónico (enlentecimiento del nodo sinusal y el nodo AV). El uso de digitálicos produce la llamada cubeta digitálica, siendo signo de impregnación de digoxina. La intoxicación por digoxina puede provocar bloqueos de la conducción y taquicardias secundarias a alteraciones hidroelectrolíticas.

b. Antiarrítmicos.

Los beta-bloqueantes, los antagonistas de los canales del calcio y la amiodarona producen bradiarritmias por sus efectos sobre el nodo sinusal y el nodo AV.

Otros antiarrítmicos prolongan el intervalo QT, pudiendo dar lugar a Torsade de Pointes.

Conclusiones:

Para interpretar correctamente un ECG es fundamental entender cómo se transmite el impulso eléctrico en el corazón y cómo registra dicha actividad eléctrica el electrocardiógrafo.

Las alteraciones del Potasio y del Calcio son las que más frecuentemente dan lugar a las alteraciones más típicas, que siempre deben ser diagnosticadas dentro de un contexto clínico. Las alteraciones de otros iones, como el Magnesio o el Cloro, así como las alteraciones del equilibrio ácido-base, tienen por el contrario un escaso o nulo efecto sobre el ECG.

Generalmente secundarias a la propia acción del fármaco, los antiarrítmicos y los digitálicos pueden causar alteraciones en el electrocardiograma. Aunque estas alteraciones también pueden ser ocasionadas por sobredosificación o susceptibilidades del paciente.

Bibliografía

- 1.- Surawicz B, Knilans T. Chou's electrocardiography in clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2008
- 2.- Villacastín J. Electrocardiografía para el clínico. 4.ª edición. Madrid: Artext Ediciones, S. L. 2018.
- 3.- AHA/ACCF-HRS (Ed.). (2009). Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 976-1002.
- 4.- Lopez Farré, A., & Macaya Miguel, C. (2009). Libro de la salud cardiovascular del Hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA (1ª ed.). Nerea S.A.
- 5.- Trampal Ramos, A. (2015). Fundamentos teórico-prácticos de enfermería de emergencias. Fuden

Capítulo 47

Comparación de la vía intramuscular y la vía oral en la deficiencia de vitamina B12

*Carretero Elvira, Laura
Camacho Sánchez, Beatriz
Carrillo Palomo, Concepción*

Comparación de la vía intramuscular y la vía oral en la deficiencia de vitamina B₁₂

Autores: Carretero Elvira, Laura; Camacho Sánchez, Beatriz; Carrillo Palomo, Concepción.

Introducción

- La deficiencia de vitamina B₁₂ es un problema frecuente en Atención Primaria, especialmente en ancianos, originado por causas diversas como la gastritis atrófica, la gastrectomía, un bajo aporte exógeno o debido a una mala digestión y/o malabsorción.
- A pesar de que algunos estudios concluyen que se puede corregir la deficiencia de vitamina B₁₂ por vía oral (siempre y cuando no sea una deficiencia grave), en nuestro país se opta generalmente por la administración de vitamina B₁₂ por vía intramuscular.
- La prescripción de vitamina B₁₂ por vía intramuscular podría ser debida al desconocimiento de la utilización de la vía oral como opción terapéutica, o bien debida a un desconocimiento de su eficacia.
- Por ello se hace necesario analizar con evidencia científica si se puede utilizar la vía oral para tratar las deficiencias de vitamina B₁₂, ya que esta vía reporta una serie de beneficios tanto en el paciente como en recursos sanitarios y costes económicos.

Objetivos

- Comparar los efectos de la administración de vitamina B₁₂ oral versus vitamina B₁₂ intramuscular para el tratamiento de la deficiencia de dicha vitamina.

Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos PubMed y SciELO, sin restricción de fecha ni de idiomas. Se utilizó el descriptivo "Vitamin B 12 Deficiency" [DeCS] en la primera línea, el descriptor "Injections, Intramuscular" [DeCS] en la segunda línea y el descriptor "Administration, Oral" [DeCS] en la tercera línea, utilizándose como operadores booleanos "AND".

Resultados

De los 57 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, se revisaron los "abstract", y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente 10 artículos. Se exceptuaron los artículos que fueron cartas al editor, comentario editorial de revistas, reporte de casos y los que no se adecuaron a los objetivos de la revisión tras la lectura de estos. A continuación se agrupan en una tabla los artículos seleccionados, en función de los resultados y/o conclusiones que se encontraron.

Nº	Estudios	Diseño	Resultados y/o conclusiones
8	Wang H. Metaxas C. Lin J. Castelli MC. Federici L. Butler CC. Bolaman Z. Kuzminski AM	Revisión sistemática Ensayo clínico aleatorizado (ECA) Revisión bibliográfica Ensayo clínico aleatorizado (ECA) Revisión bibliográfica Revisión sistemática Ensayo clínico Ensayo clínico	La administración de vitamina B ₁₂ oral y vitamina B ₁₂ intramuscular tienen efectos similares en cuanto a la normalización de los niveles séricos de vitamina B ₁₂ .
1	Schijns W.	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	La suplementación oral con vitamina B ₁₂ fue similar a la administración de inyecciones de hidroxocobalamina en pacientes con Bypass gástrico en Y de Roux.
1	Sezer RG.	Estudio comparativo	Las formulaciones orales como intramusculares demostraron ser efectivas para normalizar los niveles séricos de vitamina B ₁₂ en niños.



Conclusiones

A pesar de que los estudios indican que la administración oral e intramuscular tiene efectos similares en los niveles séricos de vitamina B₁₂, estos resultan ser muy heterogéneos. En algunos de estos reportes se les administró cianocobalamina y en otros hidroxocobalamina. Además, en la mayoría de los estudios se involucró a un pequeño número de participantes y el periodo de seguimiento es limitado. También, hay estudios que concluyen que son efectivas las dos formas de administración a pesar de utilizar diferente dosificación. Por ello se hace necesario la realización de más estudios por parte de la comunidad científica que homogenicen datos además de reclutar a más participantes.

Resumen: Revisión bibliográfica sobre los efectos de la administración de vitamina B12 oral versus vitamina B₁₂ intramuscular en pacientes con deficiencia de dicha vitamina. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos en las bases de datos PubMed y SciELO, obteniéndose una cifra de 57 artículos. Tras su recopilación y análisis se tuvieron en cuenta un total de 10 artículos donde se concluye que la administración de vitamina B₁₂ oral y vitamina B₁₂ intramuscular tienen efectos similares en cuanto a la normalización de los niveles séricos de vitamina B₁₂.

Palabras Clave: Vitamin B₁₂ Deficiency, Injections, Intramuscular, Administration, Oral

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La deficiencia de vitamina B₁₂ es un problema frecuente en Atención Primaria, especialmente en ancianos, originado por causas diversas como la gastritis atrófica, la gastrectomía, un bajo aporte exógeno o debido a una mala digestión y/o malabsorción.

Algunos estudios han demostrado que la vitamina B₁₂ se absorbe pasivamente en el intestino, siendo suficiente para conseguir concentraciones adecuadas en el organismo, incluso en casos de ausencia de factor intrínseco por anemia perniciosa o por gastrectomía, malabsorción o falta de integridad del íleon terminal.

A pesar de que estos estudios concluyen que se puede corregir o prevenir esta deficiencia de vitamina B₁₂ por vía oral (siempre y cuando no sea una deficiencia grave de vitamina B₁₂), en nuestro país se opta generalmente por la administración de vitamina B₁₂ por vía intramuscular. Esto produce un aumento de las visitas en consulta, molestias y riesgos en el paciente, así como un aumento de los costes económicos y recursos sanitarios en relación a la administración de vitamina B₁₂ por vía intramuscular.

La prescripción de vitamina B₁₂ por vía intramuscular podría ser debida al desconocimiento de la utilización de la vía oral como opción terapéutica, o bien debida a un desconocimiento de su eficacia.

Por ello se hace necesario analizar con evidencia científica si se puede utilizar la vía oral para tratar las deficiencias de vitamina B₁₂, ya que esta vía reporta una serie de beneficios tanto en el paciente como en recursos sanitarios y costes económicos.

Dado que la despolarización y repolarización de las células cardiacas están reguladas por corrientes iónicas, las alteraciones de los niveles normales de los iones potasio, calcio y magnesio se manifiestan en el electrocardiograma, por lo que sirve de gran ayuda en su diagnóstico.

Objetivos:

Comparar los efectos de la administración de vitamina B₁₂ oral versus vitamina B₁₂ intramuscular para el tratamiento de la deficiencia de dicha vitamina.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos PubMed y SciELO, sin restricción de fecha ni de idiomas. Se utilizó “*Vitamin B₁₂ Deficiency*” [DeCS] en la primera línea, el descriptor “*Injections, Intramuscular*” [DeCS] en la segunda línea y el descriptor “*Administration, Oral*” [DeCS] en la tercera línea, utilizándose como operadores booleanos “AND”.

Resultados:

De los 57 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, se revisaron los “abstract”, y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente 10 artículos. Se exceptuaron los artículos que fueron cartas al editor, comentario editorial de revistas, reporte de casos y los que no se adecuaron a los objetivos de la revisión tras la lectura de estos.

En ocho de los artículos se encontró que la administración de vitamina B₁₂ oral y vitamina B₁₂ intramuscular tuvieron efectos similares en cuanto a la normalización de los niveles séricos de vitamina B₁₂.

Además, se encontró un ensayo clínico aleatorizado en el que la suplementación oral con vitamina B₁₂ fue similar a la administración de inyecciones de hidroxocobalamina en pacientes con Bypass gástrico en Y de Roux.

Por último, se encontró un ensayo clínico en el que las dos formas de administración demostraron ser efectivas para normalizar los niveles séricos de vitamina B₁₂ en niños.

Conclusiones:

A pesar de que los estudios indican que la administración oral e intramuscular tiene efectos similares en los niveles séricos de vitamina B₁₂, estos resultan ser muy heterogéneos.

En algunos de estos reportes se les administró cianocobalamina y en otros hidroxocobalamina. Además, se involucró a un pequeño número de participantes y el periodo de seguimiento es limitado.

También, hay estudios que concluyen que son efectivas las dos formas de administración a pesar de utilizar diferente dosificación.

Por ello se hace necesario la realización de más estudios por parte de la comunidad científica que homogenicen datos además de reclutar a más participantes.

Bibliografía

- 1.- Wang H, Li L, Qin LL, et al. Oral vitamin B12 versus intramuscular B12 for vitamin B12 deficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 15;3(3):CD004655.
- 2.- Metaxas C, Mathis D, Jeger C, et al. Early biomarker response and patient preferences to oral and intramuscular vitamin B12 substitution in primary care: a randomised parallel-group trial. *Swiss Med Wkly*. 2017 Apr 7;147:w14421.
- 3.- Lin J, Kelsberg G, Safranek S. Clinical inquiry: Is high-dose oral B12 safe and effective alternative to a B12 injection?. *J Fam Pract*. 2012 Mar; 61(3):162-3.

4.- Castelli MC, Friedman K, Sherry J, et al. Comparing the efficacy and tolerability of a new daily oral vitamin B12 formulation and intermittent intramuscular vitamin B12 in normalizing low cobalamin levels: a randomized, open-label, parallel-group study. *Clin Ther.* 2011 Mar;33(3):358-371. e2.

5.- Federici L, Henoun Loukili N, Zimmer J, et al. [Update of clinical findings in cobalamin deficiency: personal data and review of the literatura]. *Rev Med Interne.* 2007 Apr;28(4):225-31.

Capítulo 48

Comparación magnetoterapia vs TENS en el tratamiento de las lumbalgias

*Ruiz Mazoterias, Jorge Luis
Ruiz Mazoterias, Salvador
López Castellano, Álvaro*

COMPARACIÓN MAGNETOTERAPIA VS T.E.N.S EN LUMBALGIA



Autores: Jorge Luis Ruiz Mazoterias, Álvaro López Castellano y Salvador Ruiz Mazoterias.

1.INTRODUCCIÓN:

La lumbalgia es el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna.

Aproximadamente el 80% de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida y hasta el 70% de los jóvenes antes de cumplir los 16 años han experimentado este dolor de espalda.

Aparece por un mecanismo neurológico que implica la activación de los nervios que transmiten el dolor y el desencadenamiento de la contractura muscular y la inflamación. También puede conllevar la compresión de la raíz nerviosa.

Las manifestaciones más comunes son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.



2.OBJETIVO:

El objeto de este estudio es determinar la eficacia de la magnetoterapia y compararla con la aplicación del TENS en el tratamiento de la lumbalgia, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

3.MÉTODO:

Estudio piloto “pre-post” aleatorio realizado a 30 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de lumbalgia. Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados

Recibieron 20 sesiones de tratamiento. La dosis fue de una sesión diaria. El tiempo de tratamiento de ambas técnicas es de 30 minutos. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 20 sesiones



4.RESULTADOS:

Diferencias estadísticamente significativas, a favor de la magnetoterapia:

- **Escala EVA:** media de las diferencias pre/post dolor con mg: 4 y TENS: 2
- **Maniobra de Lasegue:** pre 7 post 1 con mg y pre 7 post 3 con TENS
- **Cuestionario Oswestry:** media de las diferencias en discapacidad pre/post con mg:25 y TENS: 5
- **Cuestionario Roland-Morris:** media de las diferencias en discapacidad pre/post con mg: 8 y TENS: 4

No hay diferencias estadísticamente significativas con el **test de Schober:** media de la distancia: 1/0,66

5.CONCLUSIÓN:

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor y aumentan la amplitud articular en el movimiento de flexión de la columna lumbar. Siendo la magnetoterapia más eficaz. Los pacientes tratados con magnetoterapia mostraron menor grado de discapacidad después del tratamiento.

La magnetoterapia es un tratamiento que mantiene más tiempo su efecto y proporciona unas sensaciones más agradable para el paciente.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.



PALABRAS CLAVE: LUMBALGIA, MAGNETOTERAPIA, TENS

Resumen: Proponemos un estudio comparativo para determinar la eficacia de dos de las técnicas más utilizadas en las unidades de fisioterapia para el tratamiento de una de las patologías que más afecta a la población y que más se ven en hospitales, centros de salud y clínicas privadas, como son las lumbalgias

Palabras Clave: Lumbalgia, Magnetoterapia, TENS

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La lumbalgia es el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna. Se trata de un dolor local acompañado de dolor referido o irradiado que no se produce como consecuencia de fracturas, espondilitis, traumatismos ni causas neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas, ginecológicas ni psicosomáticas.

Aproximadamente el 80 por ciento de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida y hasta el 70 por ciento de los jóvenes antes de cumplir los 16 años han experimentado este dolor de espalda.

El dolor de la lumbalgia aparece por un mecanismo neurológico que implica la activación de los nervios que transmiten el dolor y el desencadenamiento de la contractura muscular y la inflamación. A veces, también puede conllevar la compresión de la raíz nerviosa.

Las manifestaciones más comunes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.

Objetivos:

Proponemos como tratamiento la aplicación de magnetoterapia. Esta va a provocar un aumento del riego sanguíneo, aumentando ligeramente la temperatura, ocasionando un efecto antiinflamatorio, que reducirá la presión disminuyendo considerablemente el dolor. Lo comparamos con uno de los procedimientos más utilizado para tratar este tipo de patologías como es el TENS, utilizado para aliviar el dolor con una técnica poco invasiva. Ambas técnicas las combinamos durante las sesiones de tratamiento con la realización de una tabla lumbar.

El objeto de este estudio es determinar la eficacia de la magnetoterapia y compararla con la aplicación del TENS en el tratamiento de la lumbalgia, analizando medidas de dolor, funcionalidad, discapacidad y recorrido articular.

Material y Método:

Estudio piloto “pre-post” aleatorio realizado a 30 pacientes, divididos en dos grupos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, todos ellos diagnosticados de lumbalgia. Se realiza una valoración inicial utilizando escalas y cuestionarios validados a nivel internacional para esta patología.

Recibieron 20 sesiones de tratamiento. La dosis fue de una sesión diaria. El tiempo de tratamiento de ambas técnicas es de 30 minutos. Se vuelve a valorar a los pacientes al finalizar las 20 sesiones

Resultados:

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas comparando un tratamiento con otro, a favor de la magnetoterapia (mg):

1. Escala EVA: media de las diferencias pre/post dolor con mg: 4 y TENS: 2
2. Maniobra de Lasegue: pre 7 post 1 con mg y pre 7 post 3 con TENS
3. Cuestionario Oswestry: media de las diferencias en discapacidad pre/post con mg:25 y TENS: 5
4. Cuestionario Roland-Morris: media de las diferencias en discapacidad pre/post con mg: 8 y TENS: 4
5. Dedos suelo: media de la distancia dedos-suelo con mg: 1 y TENS: 7

No hay diferencias estadísticamente significativas con el test de Schober: media de la distancia: 1/0,66

Conclusiones:

En el estudio realizado ambos tratamientos disminuyen el dolor y aumentan la amplitud articular en el movimiento de flexión de la columna lumbar. Siendo la magnetoterapia más eficaz.

Los pacientes tratados con magnetoterapia mostraron menor grado de discapacidad después del tratamiento. No así los tratados con TENS. Además con magnetoterapia se trata de un tratamiento que mantiene más tiempo su efecto y proporciona unas sensaciones más agradables para el paciente.

Serían necesarios estudios con una muestra más amplia para corroborar nuestros resultados.

Bibliografía

- 1.- Cano MS, Moyano BF, Vila LM, Louro GA. Novedades en el manejo del dolor lumbar. Atención Primaria Atención Primaria [revista en internet]. 2001 [citado 15 de mayo 2015]; 28(10): 662-67.
- 2.- Ángel García D., Martínez Nicolás I., Saturno Hernández P.J., López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2015 Abr [citado 2021 Abr 05]; 38(1): 117-130.
- 3.- González Rodríguez R, Cardentey García J. Efectividad de la magnetoterapia como tratamiento en pacientes con lumbalgia aguda. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 Mar 22]; 40(6): [aprox. 0 p.].
- 4.- Monroy Antón A J, González Catalá SA, Santillán Trujillo ML. El dolor lumbar en jóvenes. Rev Cubana InvestBioméd. 2017 Jun [acceso 6/5/2021]; 36(2): 284-291.
- 5.- Reguera Rodríguez R, Socorro Santana M C, Jordán Padrón M, García Peñate G, Saavedra Jordán L M. Dolor de espalda y malas posturas, ¿un problema para la salud? Rev. Med. Electrón. 2018 Jun [acceso 5/4/2021]; 40(3): 833-838.

Capítulo 49

Complicaciones en herida Quirúrgica tras reconstrucción mamaria Post–Mastectomía

*Cruz Moreno, Encarnación
Corredor Rodenas, María Teresa
Díaz Fernández, Elena
García Díaz, María de los Reyes
Gijón Ruiz, María de Gracia
Mora Muñoz, Juan David*

CRUZ MORENO, ENCARNACIÓN; CORREDOR RODENAS, MARÍA TERESA; DIAZ FERNANDEZ, ELENA; GARCÍA DÍAZ, MARÍA REYES; GIJÓN RUIZ; MARIA GRACIA; MORA MUÑOZ, JUAN DAVID

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor con mayor incidencia en mujeres en España, con 34.333 casos nuevos en 2021. Se calcula que 1 de cada 8 mujeres desarrollarán un cáncer de mama a lo largo de su vida. Aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama. Se trata de una enfermedad grave, pero que se puede curar si se detecta a tiempo. Diagnosticar la enfermedad en estado inicial multiplica las probabilidades de curación. En España anualmente se practican 16.000 mastectomías. De ellas, se reconstruyen alrededor de un 30% y únicamente el 40% de las reconstrucciones se harán de manera inmediata (en el momento de la mastectomía), según datos proporcionados por la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora (SECPRE).

En este caso se le realiza una reconstrucción autóloga en diferido mediante colgajo perforador epigástrico profundo inferior (DIEP) (Figura 1). El injerto se basa en la transferencia únicamente de piel y grasa abdominal junto con una arteria y una vena que la irrigan, generalmente se obtiene por debajo del ombligo, y se elevan hacia la zona de la mama extirpada. La arteria y vena que nutren estos tejidos (arteria y vena epigástrica inferior profunda) se anastomosan con la ayuda de un microscopio a la arteria y vena mamaria interna, en la zona lateral del esternón, en el espacio intercostal, de forma que el tejido trasplantado (colgajo DIEP) recupera su irrigación. La piel, grasa y vasos se extraen sin dañar los músculos de la pared abdominal (evitando hernias, eventraciones, abultamientos y debilidades de la pared abdominal), y además, es menos doloroso que las técnicas tradicionales. Es una intervención compleja y de larga duración, con las complicaciones habituales de una cirugía.

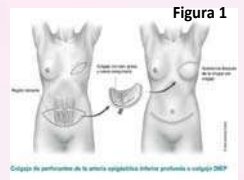


Figura 1

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 42 años, con antecedentes personales de intervención quirúrgica de hernia discal en 1995 y mastectomía derecha + biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en agosto 2018, sin complicaciones post-quirúrgicas en ambos casos. Se le ha realizado una reconstrucción mamaria autóloga en diferido mediante colgajo DIEP. Durante la cirugía aparece abundante sangrado en sábana, se dejan dos drenajes aspirativos en la mama y dos en el abdomen. Tras la cirugía ha sufrido hemorragia intensa, con 2000cc acumulados, además de alteraciones en la coagulación (Hb 10 (Previa 13'6), AP 24, INR 2'9), lo cual le ha llevado a ingreso en UCI y trasfusión de tres concentrados de hematíes. Dichas hemorragias con resultado de hipotensión arterial mantenida y cerrándose los vasos comunicantes del colgajo y congestionando el lado contralateral del mismo dificultan el proceso de cicatrización y hace que las curas se extiendan en el tiempo, además de la pérdida de aproximadamente un tercio del volumen del colgajo. Antes de la cirugía tomó infusión de tomillo (ácido rosmarínico, Timol, Linalol, Anetol, Borneol, Carvacrol) durante 2 días cada 8 horas como remedio homeopático para el resfriado, siendo la única diferencia con la cirugía anterior. Acude a consulta de enfermería para cura programada, se observa zona enrojecida en la parte inferior de la mama; que en consultas sucesivas empeora hasta presentar tejido necrótico (Figura 2).



Figura 2

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC	Actividades
00004. Riesgo de Infección	1842. Conocimiento: control de la infección 1924. Control del riesgo: proceso infeccioso	3590. Vigilancia de la piel 3660. Cuidado de las heridas 6540. Control de infecciones	366029. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección 366003. Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor 654013. Poner en práctica precauciones universales 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada 654014. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal
00044. Deterioro de la integridad tisular	1103. Curación de la herida por segunda intención 1813. Conocimiento: régimen terapéutico	2316. Administración de medicación: tópica 3660. Cuidados de las heridas	344006. Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia 366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico 366015. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje
00046. Deterioro de la integridad cutánea	0305. Autocuidados: higiene 1103. Curación de la herida: por segunda intención	3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3440. Cuidados del sitio de incisión 3660. Cuidados de las heridas	344005. Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada 344007. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión 366017. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
00100. Retraso en la recuperación quirúrgica	1102. Curación de la herida por primera intención 2109. Nivel de malestar	3440. Cuidados del sitio de incisión 1100. Manejo de la nutrición 3660. Cuidados de las heridas	366008. Atender el lugar de incisión 344002. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación de dehiscencia o evisceración

DISCUSIÓN

Al alta, cirugía plástica recomienda curas cada 24h con iodo (Betadine®). Dos días después del alta se observa que la necrosis aumenta, por lo que se decide reevaluación por cirugía plástica que tras desbridamiento quirúrgico coloca terapia V.A.C. en la zona necrótica, para resto de la herida se continúa con curas diarias con iodo. Tras 21 días se pierde el sistema de vacío y se pasa a curas diarias con hidrogel (Varihesive hidrogel®) para reducir esfacelos, hidrofibra con plata iónica (AquaGel Ag extra®) para disminuir carga bacteriana y un apósito secundario compuesto de gasa y esparadrado para absorber el exceso de supuración de la herida y dar forma al pecho (Figuras 3 y 4). Se mantiene esta cura durante 4 semanas, observándose que progresivamente se van reduciendo los esfacelos manteniéndose la zona enrojecida. Se siguen con curas con metronidazol gel tópico (Metrogel®) para reducir el enrojecimiento de la herida, además se sigue utilizando la hidrofibra con plata iónica (AquaGel Ag extra®) como mecha para las dehiscencias de la cicatriz y el apósito secundario de gasa cada 24h (Figuras 5 y 6). Se observa heridas limpias de esfacelos y de menor tamaño, además de disminución del enrojecimiento de la zona (Figuras 7 y 8). Se sospecha que el motivo del sangrado masivo tras la cirugía ha sido el consumo de infusión de tomillo antes de la intervención, ya que uno de sus efectos adversos son las hemorragias, y no existiendo a priori ninguna otra causa probable para ellas.



Figura 3

Figura 4



Figura 5

Figura 6



Figura 7

Figura 8



CONCLUSIONES

El uso combinado de hidrogel con la hidrofibra con plata iónica ha contribuido a la reducción de los esfacelos y ha ayudado a eliminar el tejido necrótico mediante un desbridamiento autolítico, además de reducir la carga bacteriana, aunque no ha sido suficiente en este caso. Por lo que se ha decidido sustituir el hidrogel, ya que el lecho de las heridas estaba limpio de esfacelos, por el metronidazol tópico, con mayor poder antibacteriano y antiprotzoario activo frente a gran cantidad de microorganismos patógenos, manteniendo la hidrofibra con plata iónica, y como resultado se obtiene una disminución de la zona enrojecida. La dehiscencia de la cicatriz va reduciendo en diámetro y profundidad de manera considerable en un tiempo reducido. La coagulopatía descrita tras la cirugía ha ido remitiendo de manera espontánea, siendo dada de alta por hematología. Su brusca aparición tras la cirugía ha sido un factor condicionante y agravante de la correcta cicatrización de las heridas quirúrgicas. Además recomendamos tener mucho cuidado con los productos homeopáticos debido a que no existen estudios científicos que nos aseguren el beneficio y la inocuidad que en principio se le otorgan. Gracias a unos cuidados de enfermería óptimos en el cuidado de las heridas y educación sanitaria, y una adhesión excelente de nuestra paciente a las medidas higiénicas, de actividad física y de autocuidado, el desarrollo de nuestro proceso ha sido muy satisfactorio.

Resumen: *Mujer de 42 años con mastectomía derecha a la que se le realiza una reconstrucción mamaria autóloga en diferido mediante colgajo DIEP. Se pautan curas diarias con hidrogel para reducir esfacelos, hidrofibra con plata iónica para disminuir carga bacteriana y un apósito secundario de gasa para absorber el exceso de supuración y dar forma al pecho. Se mantiene 4 semanas, reduciéndose los esfacelos y manteniéndose la zona enrojecida. Se cambia a metronidazol gel tópico 0'75% para reducir el enrojecimiento de la herida, se sigue con hidrofibra con plata iónica para las dehiscencias y apósito secundario de gasa cada 24 horas.*

Palabras Clave: *Cáncer de mama, Reconstrucción de mama, Metronidazol*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer de mama es el tumor con mayor incidencia en mujeres en España, con 34.333 casos nuevos en 2021. Diagnosticar la enfermedad en estado inicial multiplica las probabilidades de curación. En España anualmente se practican 16.000 mastectomías, de ellas se reconstruyen alrededor del 30%, según datos proporcionados por la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora.

En este caso se le realiza una reconstrucción autóloga en diferido mediante colgajo perforador epigástrico profundo inferior (DIEP). El injerto se basa en la transferencia únicamente de piel y grasa abdominal junto con una arteria y una vena que la irrigan, generalmente se obtiene por debajo del ombligo, y se elevan hacia la zona de la mama extirpada. La arteria y vena que nutren estos tejidos (arteria y vena epigástrica inferior profunda) se anastomosan a la arteria y vena mamaria interna, en la zona lateral del esternón, en el espacio intercostal, de forma que el tejido trasplantado (colgajo DIEP) recupera su irrigación. La piel, grasa y vasos se extraen sin dañar los músculos de la pared abdominal (evitando hernias, eventraciones, abultamientos y debilidades de la pared abdominal), además, es menos doloroso que las técnicas tradicionales. Es una intervención compleja y de larga duración, con las complicaciones habituales de una cirugía.

Observación Clínica:

Mujer de 42 años, con antecedentes personales de intervención quirúrgica de hernia discal (1995) y mastectomía derecha + biopsia selectiva del ganglio centinela (agosto 2018), sin complicaciones post-quirúrgicas en ambos casos. Se le ha realizado reconstrucción mamaria autóloga en diferido mediante colgajo DIEP. Durante la cirugía aparece abundante sangrado en sábana, se dejan dos drenajes aspirativos en la mama y dos en el abdomen. Tras la cirugía ha sufrido hemorragia intensa, con 2000cc acumulados, además de alteraciones en la coagulación (Hemoglobina 10 (Previa 13'6), INR 2'9), lo cual le ha llevado a ingreso en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y transfusión de tres concentrados de hemáties. Dichas hemorragias con resultado de hipotensión arterial mantenida y cerrándose los vasos comunicantes del colgajo y congestionando el lado contralateral del mismo dificultan el proceso de cicatrización y hace que las curas se extiendan en el tiempo, además de la pérdida de aproximadamente un tercio del volumen del colgajo. Antes de la cirugía tomó infusión de tomillo (ácido rosmarínico, Timol, Linalol, Anetol, Borneol, Carvacrol)

durante 2 días cada 8 horas como remedio homeopático para el resfriado, siendo la única diferencia con la cirugía anterior. Acude a consulta de enfermería para cura programada, se observa zona enrojecida en la parte inferior de la mama; que en consultas sucesivas empeora hasta presentar tejido necrótico.

Plan de Cuidados enfermero:

Riesgo de infección

Deterioro de la integridad tisular

Deterioro de la integridad cutánea

Retraso de la recuperación quirúrgica

Para conocer al completo el plan de cuidados enfermeros observando los resultados, intervenciones y actividades asociados a estos diagnósticos véase el póster adjunto.

Discusión:

Al alta, cirugía plástica recomienda curas cada 24h con yodo. Dos días después del alta se observa que la necrosis aumenta, por lo que se decide reevaluación por cirugía plástica que tras desbridamiento quirúrgico coloca terapia V.A.C. (Vaccum Assisted Therapy). Tras 21 días se pierde el sistema de vacío y se pasa a curas diarias con hidrogel (Varihesive hidrogel®) para reducir esfacelos, hidrofibra con plata iónica (Aquacel Ag extra®) para disminuir carga bacteriana y un apósito secundario compuesto de gasa y esparadrapo para absorber el exceso de supuración de la herida y dar forma al pecho. Se mantiene durante 4 semanas, observándose que se reducen los esfacelos manteniéndose la zona enrojecida. Se sigue con curas con metronidazol gel tópico al 0'75% (Metrogel®) para reducir el enrojecimiento de la herida, además de la hidrofibra con plata iónica para las dehiscencias y el apósito secundario de gasa cada 24 horas. Se observa heridas limpias de esfacelos y de menor tamaño, además de disminución del enrojecimiento de la zona. Se sospecha que el motivo del sangrado masivo tras la cirugía ha sido el consumo de infusión de tomillo antes de la intervención, ya que uno de sus efectos adversos son las hemorragias, y no existiendo a priori ninguna otra causa probable.

Conclusiones:

El uso combinado de hidrogel con la hidrofibra con plata iónica ha contribuido a la reducción de los esfacelos y ha ayudado a eliminar el tejido necrótico mediante un desbridamiento autolítico, además de reducir la carga bacteriana, aunque no ha sido suficiente. Por lo que se decide sustituir el hidrogel, ya que el lecho de las heridas estaba limpio de esfacelos, por el metronidazol tópico, con mayor poder antibacteriano y antiprotozoario activo frente a gran cantidad de microorganismos patógenos, manteniendo la hidrofibra con plata iónica, y como resultado se obtiene una disminución de la zona enrojecida. La dehiscencia de la cicatriz va reduciendo en diámetro y profundidad de manera considerable.

La coagulopatía descrita tras la cirugía ha ido remitiendo de manera espontánea, siendo dada de alta por hematología. Su brusca aparición tras la cirugía ha sido un factor condicionante y agravante de la correcta cicatrización. Además recomendamos tener mucho cuidado con los productos homeopáticos debido a que no existen estudios científicos que nos aseguren el beneficio y la inocuidad que se le otorgan. Gracias a unos cuidados de enfermería óptimos en el cuidado de las heridas y educación sanitaria, y una adhesión excelente de nuestra paciente a las medidas higiénicas y de autocuidado, el desarrollo de nuestro proceso ha sido muy satisfactorio.

Bibliografía

- 1.- Herdman, h. – kamitsuru, s. – NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier. 2018-2020
- 2.- El cáncer de mama en España, en gráficos. Accesible en: <https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106>
- 3.- El cáncer de mama en España: situación actual. Accesible en: <https://www.geicam.org/salade-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana#:~:text=En%20cuanto%20a%20la%20tasa,de%201%20de%20cada%208.>
- 4.- Reconstrucción del seno con sus propios tejidos (American Cancer Society). Accesible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/cirugia-reconstructiva/opciones-de-reconstruccion-del-seno/reconstruccion-del-seno-usando-sus-propios-tejidos.html>
- 5.- Tomillo: contraindicaciones, propiedades y beneficios. Accesible en: <https://unisima.com/salud/tomillo/>

Capítulo 50

Condrodisplasia rizomélica puntacta Reporte de un caso

*Madueño Moreno, Silvia
Madueño Moreno, José Luis*

CONDRODISPLASIA RIZOMELICA PUNCTATA. REPORTE DE UN CASO

SILVIA MADUEÑO MORENO Y JOSE LUIS MADUEÑO MORENO

INTRODUCCIÓN:

La Condrodiasplasia Rizomélica Punctata (CRP) es una enfermedad autosómica recesiva originada por mutaciones del gen PEX7, situado en el brazo largo del cromosoma 6. Prevalencia de 1 en 100.000 nacidos vivos y usualmente estos mueren en los primeros años de vida. Las características principales: calcificaciones tipo punctata en cartílago hialino, catarata congénita, alteraciones en la longitud de miembros, dismorfismo facial; grave retardo del crecimiento, retraso en el desarrollo psicomotor y problemas respiratorios. Estudios bioquímicos muestran niveles elevados de ácido fitánico y los moleculares, demuestran la mutación genética, confirman el diagnóstico.



A. Ambos húmeros muestran significativo acortamiento en relación a huesos del antebrazo y ensanchamiento metafisiario. **B.** Calcificaciones puntiformes en rótula y epífisis distal de fémures, ensanchamiento metafisiario con acortamiento diafisiario femoral (rizomélico)

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Paciente de 14 años, diagnosticada de CRP tipo 1 a los 5 meses de vida. Durante el embarazo, que fue controlado, se pudo apreciar dilatación renal leve. Nacimiento por cesárea a las 38 semanas por HTA de la madre y presentación podálica. La familia refiere desde el nacimiento escasa movilidad espontánea y descamación cutánea, especialmente del cuello. A los 2 meses, diagnosticada de cataratas congénitas, que se intervienen a los 5 y 6 meses de vida. En traumatología, observan displasia epifisaria punctata y displasia de cadera, realizándose tratamiento ortopédico. En Noviembre de 2010 comienza con convulsiones del tipo crisis de espasmos de miembros superiores.

En la actualidad puede apreciarse fascies peculiar, nariz corta, paladar ojival, epicantus, hipertelorismo, ictiosis, orejas displásicas, malformación de columna con cifoescoliosis. Brazos y antebrazos cortos. Espasticidad en las extremidades. Hipertonía grado IV/V y fuerza disminuida. Deterioro de la deglución debido a crisis frecuentes. Estreñimiento.

DIAGNOSTICOS:

Codrodiasplasia punctata rizomélica
Cataratas
Retraso psicomotor
Epilepsia generalizada y mioclonias aisladas
Leucodistrofia
Neumonía crónica

TRATAMIENTO:

Lamictal 17.5 mg De y CE
Depakine 0.5 ml c/8h
Keppra 3 ml – 2.5 ml – 3 ml (de – co – ce)
Singular 5 mg c/24h
Azitromicina 3.5 ml 3 veces en semana
Seretide 2 pulsaciones c/12h

Salbutamol a demanda
Atrovent 2 inhalaciones C/8h
Vitamina D3 gotas: 13 gotas al día
Capsula DHA: 1 capsula C/48h
Casenlax solución: 5 ml c/24h
Prodefen al tomar antibiótico

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO	NOC	NIC
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo	00103 Desarrollo infantil: 12 meses	1100 Manejo de la nutrición 4430 Terapia con juegos 5100 Potenciación de la socialización
00051 Deterioro de la comunicación verbal	0903 Comunicación: expresiva	4978 Mejorar la comunicación: déficit visual 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5606 Enseñanza: individual 5100 Potenciación de la socialización
00011 Estreñimiento	0602 Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1050 Alimentación 1120 Terapia nutricional
00214 Disconfort	2008 Estado de comodidad 3007 Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 840 Cambio de posición 5100 Potenciación de la socialización 6482 Manejo ambiental: confort
00032 Patrón respiratorio ineficaz	0415 Estado respiratorio	3160 Aspiración de las vías aéreas 3230 Fisioterapia torácica 3250 Mejora de la tos 3200 Precauciones para evitar la aspiración
00085 Deterioro de la movilidad física	0208 Movilidad	1800 Ayuda con el autocuidado 840 Cambio de posición 0140 Fomentar la mecánica corporal 6490 Prevención de caídas 4310 Terapia de actividad
00002 Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades	1014 Apetito 1010 Estado de deglución	1860 Terapia de deglución

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La condrodiasplasia rizomelica punctata es una enfermedad autosómica con tasa de mortalidad muy elevada en los primeros años de vida. Caracterizada por catarata congénita, acortamiento de extremidades, retraso en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, además de problemas respiratorios y alteraciones metabólicas relacionadas con el ácido fitánico.

El plan de cuidados de enfermería está enfocado en mantener un nivel adecuado de confort, nutricional e intercambio gaseoso. Así como potenciar el desarrollo psicomotriz y comunicativo.

Resumen: La Condrodisplasia Rizomélica Punctata (CRP) es una enfermedad autosómica recesiva originada por mutaciones del gen PEX7, situado en el brazo largo del cromosoma 6. Con una prevalencia de 1 en 100.000 nacidos vivos y usualmente estos mueren en los primeros años de vida. Las características principales de la enfermedad incluyen calcificaciones tipo punctata en cartílago hialino, catarata congénita, alteraciones en la longitud de miembros, dismorfismo facial; grave retardo del crecimiento, retraso en el desarrollo psicomotor y problemas respiratorios. Los estudios bioquímicos muestran niveles elevados de ácido fitánico y los moleculares, demuestran la mutación genética, confirman el diagnóstico.

Palabras Clave: Condrodisplasia rizomélica punctata, Ácido fitánico, Displasia esquelética

Desarrollo del Trabajo:

Observación Clínica:

Paciente de 14 años, diagnosticada de CRP tipo 1 a los 5 meses de vida. Durante el embarazo, que fue controlado, se pudo apreciar dilatación renal leve. Nacimiento por cesárea a las 38 semanas por HTA de la madre y presentación podálica. La familia refiere desde el nacimiento escasa movilidad espontánea y descamación cutánea, especialmente del cuello. A los 2 meses, diagnosticada de cataratas congénitas, que se intervienen a los 5 y 6 meses de vida. En traumatología, observan displasia epifisaria punctata y displasia de cadera, realizándose tratamiento ortopédico. En Noviembre de 2010 comienza con convulsiones del tipo crisis de espasmos de miembros superiores.

En la actualidad puede apreciarse fascies peculiar, nariz corta, paladar ojival, epicantus, hipertelorismo, ictiosis, orejas displásicas, malformación de columna con cifoescoliosis. Brazos y antebrazos cortos. Espasticidad en las extremidades. Hipertonía grado IV/V y fuerza disminuida. Deterioro de la deglución debido a crisis frecuentes. Estreñimiento.

Diagnósticos:

- Condrodisplasia punctata rizomélica
- Cataratas
- Retraso psicomotor
- Epilepsia generalizada y mioclonías aisladas
- Leucodistrofia
- Neumonía crónica

Tratamiento:

- Lamictal 17.5 mg De y CE
- Depakine 0.5 ml c/8h
- Keppra 3 ml – 2.5 ml – 3 ml (de – co - ce)
- Singulair 5 mg c/24h
- Azitromicina 3.5 ml 3 veces en semana
- Seretide 2 pulsaciones c/12h
- Salbutamol a demanda
- Atrovent 2 inhalaciones C/8h
- Vitamina D3 gotas: 13 gotas al día
- Capsula DHA: 1 capsula en días alternos
- Casenlax solución: 5 ml c/24h
- Prodefen cuando tome antibiótico

Plan de Cuidados enfermería:

Diagnóstico: 00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo

NOC: 00103 Desarrollo infantil: 12 meses

NIC: 1100 Manejo de la nutrición

4430 Terapia con juegos

5100 Potenciación de la socialización

Diagnóstico: 00051 Deterioro de la comunicación verbal

NOC: 0903 Comunicación: expresiva

NIC: 4978 Mejorar la comunicación: déficit visual

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

5606 Enseñanza: individual

5100 Potenciación de la socialización

Diagnóstico: 00011 Estreñimiento

NOC: 0602 Hidratación

1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

NIC: 1050 Alimentación

1120 Terapia nutricional

Diagnóstico: 00214 Discomfort

NOC: 2008 Estado de comodidad

3007 Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico

NIC: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

840 Cambio de posición

5100 Potenciación de la socialización

6482 Manejo ambiental: confort

Diagnóstico: 00032 Patrón respiratorio ineficaz

NOC: 0415 Estado respiratorio

NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas

3230 Fisioterapia torácica

3250 Mejora de la tos

3200 Precauciones para evitar la aspiración

Diagnóstico: 00085 Deterioro de la movilidad física

NOC: 0208 Movilidad

NIC: 1800 Ayuda con el autocuidado

840 Cambio de posición

0140 Fomentar la mecánica corporal

6490 Prevención de caídas

4310 Terapia de actividad

Diagnóstico: 00002 Desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades

NOC: 1014 Apetito

1010 Estado de deglución

NIC: 1860 Terapia de deglución

Discusión y Conclusiones:

La condrodisplasia rizomélica puntacta es una enfermedad autosómica recesiva cuya prevalencia es de 1 por cada 100000 niños nacidos vivos y con tasa de mortalidad muy elevada en los primeros años de vida. Se caracteriza por catarata congénita, acortamiento de extremidades grave retraso en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, además de problemas respiratorios y alteraciones metabólicas relacionadas con el ácido fitánico.

Bibliografía

1. González-Ortiz CL, Jaimes Leguizamón SV, Contreras-García GA. Enfermedad peroxisomal, condrodisplasia rizomelica punctata tipo 1, reporte de caso. Rev Chil Pediatr. 2017;88(4):511-516
2. Serrano J, Zarate R. Condrodisplasia rizomélica puntacta. Reporte de 2 casos. Pediatr Panamá. 2010; 39 (3); 22 – 28
3. L. Ochoa Gómez, M.T. Llorente Cereza, S. Torres Claveras, A. Baldellou Vázquez, M.C. García Jimenez, M. Girós-Blasco, V. Rebage Moisés. Condrodisplasia punctata rizomélica asociada a hipocalcemia neonatal. Comunicación de un nuevo caso. REV ESP PEDIATR 2010; 66(6): 368-372.

Capítulo 51

Conducta suicida en el anciano

*Rico Águila, Carmen María
Gómez Guío, Carmen*



CONDUCTA SUICIDA EN EL ANCIANO

Carmen María Rico Águila, Carmen Gómez Guío

INTRODUCCIÓN:

El suicidio es el acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el suicida pretende realizar los cambios deseados. (OMS 1986).

En España hay una media de 11 suicidios al día y 2020 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos.

En ancianos mayores de 80 años ha aumentado hasta un 20% el número de suicidios, siendo la primera causa de muerte no natural.

OBJETIVOS:

- Conocer los factores de riesgo de suicidio en el anciano.
- Conocer los factores protectores del suicidio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pub-Med y en distintos manuales de psiquiatría. Se han utilizado referencias tanto en castellano como en inglés.

RESULTADOS:

Los factores de riesgo principales en el anciano son:

- Factor genético: antecedentes familiares de suicidio.
- Factor médico: enfermedades crónicas, dolorosas, terminales e incapacitantes.
- Factor psiquiátricos y psicológicos: principalmente la depresión, aunque también influye el trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis delirantes etc.
- Factores socio-familiares: la pérdida de seres queridos, la viudez, el ingreso en residencia de ancianos, etc.
- Factores socio-ambientales: jubilación, aislamiento social, pérdida de prestigio, situación económica etc.

Los factores protectores pueden ser estar abierto a nuevas experiencias, ser extrovertido, cuidar de la propia salud, tener familiares jóvenes, participar en actividades de ocio, ser religioso...

CONCLUSIONES:

El suicidio es un acto cada vez más presente en nuestra sociedad, por lo que es muy importante estar atentos a los factores de riesgo que podamos observar en los ancianos, además nueve de cada diez suicidas han expresado su intención antes de llevarla a cabo.

Resumen: *El suicidio es un problema cada vez mayor en la sociedad, ya que estos casos aumentan cada día. Además, es la primera causa de muerte no natural en el anciano. Es por eso que uno de los objetivos de este trabajo es ver cuáles son los principales factores de riesgo en este grupo. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y diferentes manuales de psiquiatría. Dentro de los resultados cabe destacar que el principal factor de riesgo para el suicidio en ancianos es la depresión.*

Palabras Clave: *Suicidio, Anciano, Riesgo*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El suicidio es el acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual el suicida pretende realizar los cambios deseados. (OMS 1986).

En España hay una media de 11 suicidios al día y 2020 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos.

En ancianos mayores de 80 años ha aumentado hasta un 20% el número de suicidios, siendo la primera causa de muerte no natural.

Objetivos:

- Conocer los factores de riesgo de suicidio en el anciano.
- Conocer los factores protectores del suicidio.

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y en distintos manuales de psiquiatría. Se han utilizado referencias tanto en castellano como en inglés.

Resultados:

Los factores de riesgo principales en el anciano son:

- Factor genético: antecedentes familiares de suicidio.
- Factor médico: enfermedades crónicas, dolorosas, terminales e incapacitantes.
- Factor psiquiátricos y psicológicos: principalmente la depresión, aunque también influye el trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis delirantes etc.
- Factores socio-familiares: la pérdida de seres queridos, la viudez, el ingreso en residencia de ancianos, etc.
- Factores socio-ambientales: jubilación, aislamiento social, pérdida de prestigio, situación económica etc.

Los factores protectores pueden ser: estar abierto a nuevas experiencias, ser extrovertido, cuidar de la propia salud, tener familiares jóvenes, participar en actividades de ocio, ser religioso...

Conclusiones:

El suicidio es un acto cada vez más presente en nuestra sociedad, por lo que es muy importante estar atentos a los factores de riesgo que podamos observar en los ancianos, además nueve de cada diez suicidas han expresado su intención antes de llevarla a cabo.

Bibliografía

- 1.- Ruiloba JV. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Elsevier Masson; 2015
- 2.- Instituto nacional de estadística [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- 3.- Fundación española para la prevención del suicidio [Internet]. Disponible en: <https://www.fsme.es/>
- 4.- Depresión y suicidio 2020 documento estratégico para la promoción de la salud mental. 2020.

Capítulo 52

Conocimiento de la Vía intraósea

*Castillo Muñoz, María del Pilar
Moreno Zamora, Gema M^a
Lozano González, Ana Belén*

CONOCIMIENTO DE LA VÍA INTRAÓSEA

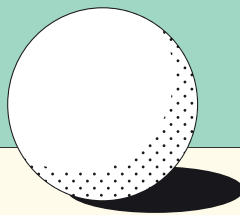
INTRODUCCIÓN

La técnica de acceso sistémico por vía intraósea comenzó a utilizarse por primera vez en 1922 en la perfusión de líquidos en animales de laboratorio. (1)

Numerosos estudios han constatado que es una técnica rápida, eficaz y muy versátil para la infusión de IO de drogas, fluidos, derivados sanguíneos y para la toma de muestras. (2)

A pesar de la existencia de varios dispositivos intraóseos con distintas características y técnicas de colocación, todos tienen 2 cosas en común: permiten conseguir un acceso venoso en poco tiempo (menos de 1,5 min), y deben ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso venoso. (3)

Se trata pues de una vía de elección poco conocida por el personal sanitario, pero de gran utilidad en pacientes con difícil acceso venoso. (4)



RESULTADOS

La vía intraósea es una técnica sencilla, su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides.

Los lugares de punción más usados son: tibia distal, cresta iliaca, y esternón.

Sus ventajas principales son la facilidad de aprender la técnica, la rapidez y el alto porcentaje de éxito en su consecución que permiten infundir grandes cantidades de líquidos.

Para la realización de la técnica se localizará el sitio de canalización, se desinfectará el lugar de inserción y se colocará la aguja intraósea, previamente cargada en el taladro, perpendicular a la zona elegida. Tras introducir la aguja se aspirará con una jeringa para comprobar la extracción de médula, se fijará el catéter y comenzará la perfusión de líquidos. (2-5)

CONCLUSIÓN

La vía intraósea es una técnica que se utiliza en situaciones de emergencias, cuando no hay posibilidad de canalización de vía periférica y nos ayuda a salvar muchas vidas.

Siendo útil en pacientes con descompensaciones fisiológicas (quemaduras, traumatismos graves, etc.), en estado crítico o paradas cardiorrespiratorias. Esta técnica nos ayuda a la reconstitución de líquidos y fármacos de una forma rápida y eficaz. Sin olvidar que es una vía alternativa y que debe sustituirse en cuanto se pueda conseguir una canalización venosa.

OBJETIVOS

Objetivo general: conocimiento de la técnica y explicar la utilización de la vía intraósea al personal sanitario.

Objetivos específicos: indicaciones de la utilización de la vía intraósea, conocer las ventajas, desventajas y complicaciones de su uso, enseñar técnicas y zonas de inserción.

MATERIAL Y MÉTODO

El método que se ha seguido para la elaboración de estas recomendaciones es el de la revisión de la literatura científica de enfermería y medicina, para conocer y evaluar los trabajos existentes de la vía intraósea.

Se buscaron artículos científicos desde el año 2009 a los artículos más actuales, revisando las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Dialnet, Lilac y Cuiden.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oria Ramirez MA. Conocimientos sobre el uso de la vía intraósea en situaciones de emergencia del profesional de enfermería que realiza la especialidad de Emergencias y Desastres en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; s.n; 2015. 14.
2. Santa Basilia Garcia N, Diez Cepeda MJ. Vía intraósea en enfermería de emergencias. Rev. Enferm. CyL. 2009; 1: 49,50,52.
3. Martínez Manrique I, Morales Pons S, Angulo Casal C, Aracil Garcia N, De La Encina Castejon MA. Accesos intraóseos: revisión y manejo. An Pediatr Contin. 2013; 11 (3): 167, 168.
4. Avila Melgarejo D, Montes Garcia M, Pelegrin Gonzalez B. Recomendación de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias Sobre Inserción, Cuidados, Uso y Mantenimiento de la Vía Intraósea para los profesionales de los equipos de Urgencias y Emergencias. 2017; 2,6-10.
5. Miguel Burgos A, Muñoz Simarro D, Tello Perez S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enferm.glob. 2011; 10: 175,178.



Resumen: *En situaciones de emergencias cuando no existe posibilidad de canalización de un acceso venoso se suele recurrir a esta técnica, la vía intraósea es útil en pacientes que se encuentran en estado crítico por lo que ayuda a salvar muchas vidas debido a la facilidad y rapidez de su administración, por profesionales que la conozcan, y perfusión tanto de líquidos como de medicación en situaciones de estrés. Aunque cuenta con numerosas ventajas también se deben tener en cuenta las desventajas de su uso por lo que su uso debe estar limitado hasta que se consiga sustituir por un acceso venoso periférico o central.*

Palabras Clave: *Urgencia, Acceso vascular, Infusión*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La técnica de acceso sistémico por vía intraósea comenzó a utilizarse por primera vez en 1922, en la perfusión de líquidos en animales de laboratorio, usándose en humanos en 1934 para tratar una anemia perniciosa, y haciéndose cada vez más popular esta vía de administración en las siguientes décadas. (1)

Numerosos estudios han constatado que es una técnica rápida, eficaz y muy versátil para la infusión IO de drogas, fluidos, derivados sanguíneos y para la toma de muestras que pueden facilitar datos bioquímicos. Los dispositivos son cómodos, pequeños, y sencillos, lo que hace que se convierta en una vía cómoda y con escasas complicaciones. (2)

A pesar de la existencia de varios dispositivos intraóseos con distintas características y técnicas de colocación, todos tienen 2 cosas en común: permiten conseguir un acceso venoso en poco tiempo (menos de 1,5 min), y deben ser sustituidos en cuanto sea posible por un acceso intravenoso. (3)

Se trata pues de una vía de elección poco conocida por el personal sanitario, pero de gran utilidad en pacientes con difícil acceso venoso por colapso circulatorio de origen patológico o traumático.(4)

Objetivos:

-Objetivo general: es el conocimiento de la técnica y enseñar la utilización de la vía intraósea a los profesionales sanitarios.

-Objetivos específicos:

- Indicaciones de la utilización de la vía intraósea.
- Conocer las ventajas, desventajas y complicaciones del acceso intraóseo.
- Enseñar las técnicas y zonas de inserción.

Material y Método:

El método que se ha seguido para la elaboración de estas recomendaciones es el de la revisión de la literatura científica de enfermería y medicina, para conocer y evaluar los trabajos existentes sobre la vía intraósea; técnicas, manejos y usos de los distintos dispositivos, indicaciones y contraindicaciones.

Se buscaron los artículos de la literatura científica médica y de enfermería relacionados con el acceso vascular intraóseo, desde el año 2009 a los artículos más actuales. Para ello se revisaron la siguiente base de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Dialnet, Lilac, Cuiden.

-Medidas de exclusión:

- Artículos no relacionados con la literatura científica: acceso vía intraósea.
- Artículos no contrastados
- Artículos sobre acceso intraósea en pediatría y neonatología.

Resultados:

La vía intraósea es una técnica sencilla de gran importancia. Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por vía periférica. (1)

Esta vía se puede utilizar en cualquier situación de urgencia excepto en una extremidad fracturada o ya puncionada, cuando exista infección, quemaduras, celulitis u osteomielitis en el lugar de punción. Por eso, se considera la vía intraósea como una vía alternativa al acceso venoso en las situaciones de parada cardiorrespiratoria y en casos de shock descompensado, cuando después de 60s no se ha conseguido canalizar un vía periférica. (2-5)

Los lugares de punción en mayores de 6 años y adultos son:

- Tibia distal: entre 1 y 2 cm por encima del maléolo interno.
- Cresta ilíaca: cara inferior espina ilíaca, con paciente en decúbito lateral.
- Esternón: entre 2-3 espacio intercostal, a 1cm a lateral a la línea media esternal.
- Otras localizaciones: calcáneo, metáfisis distal del radio, apófisis estiloides cubital, extremo proximal clavicular, cabeza humeral. (3)

Las ventajas principales de la vía IO son: la facilidad de aprender la técnica, la rapidez y el alto porcentaje de éxitos en su consecución, que permite la administración de cualquier tipo de fármacos, infundir grandes cantidades de líquidos y las pocas complicaciones que presenta.

Las complicaciones se dan en menos del 1% de los pacientes e incluyen fractura tibial, síndrome compartimental de la extremidad inferior, extravasación de medicación y osteomielitis. (3,4)

Fármacos a difundir:

Se suelen administrar antiarrítmicos, analgésicos, antihipertensivos, antibióticos, relajantes musculares, anticonvulsivantes, fluidos (bicarbonato, etc.) y otros (dexametaxona, heparina, etc.).

Sin embargo, cualquier fármaco o solución que pueda ser administrada por vía intravenosa puede serlo por vía intraósea en la misma dosis y cantidad ya que este seno venoso no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria. Para que los fármacos lleguen a la circulación sistémica habrá que infundir 5-10 ml de suero en bolo tras la medicación. Permite además la obtención de muestras de sangre para algunas determinaciones analíticas. (2,4)

Realización de la técnica:

En primer lugar, se localizará el sitio de canulación, identificándose por palpación la tuberosidad anterior de la tibia y el borde interno de la misma, en la línea media de ambos puntos a 1-2cm por debajo se encuentra el sitio de punción.

Limpia la piel en el sitio de inserción con solución antiséptica. Si el paciente está consciente, se anestesia localmente en la zona a puncionar con 1-2ml de lidocaína al 1-2 %.

Se puncionan la piel y el tejido subcutáneo hasta llegar al periostio, se introduce la aguja hasta que disminuya la resistencia del periostio, lo que indica que se ha llegado al canal medular, después se desenrosca el extremo posterior de la aguja, se retira el estilete y se aspira con la jeringa de 10 ml para comprobar la extracción de médula ósea.

Se fijará el catéter al miembro y se inyectarán 10 ml de solución fisiológica evaluando: signos de aumento de resistencia a la inyección, aumento del perímetro de la extremidad, signos de extravasación, etc.

En caso de producirse algún problema en el procedimiento debemos retirar la aguja e intentarlo en otra extremidad. Si el proceso ha sido exitoso, conexión al sistema de perfusión con alargadera y llave de tres vías. Retirar el acceso vascular intraóseo en cuanto logremos un acceso intravenoso seguro. (4,5).

Conclusiones:

La vía intraósea es una técnica que se utiliza en situaciones de emergencias, cuando no hay posibilidad de canalización de vía periférica y nos ayuda a salvar muchas vidas.

Siendo útil en pacientes con descompensaciones fisiológicas (quemaduras, traumatismos graves...), en estado crítico o parada cardiorrespiratoria. Esta técnica nos ayuda a la reconstitución de líquidos y fármacos de una forma rápida y eficaz, aunque su uso se limita a unidades de emergencias y 24 horas de utilización. Sin olvidar que es una vía alternativa y que debe de ser sustituida en cuanto se pueda conseguir un o más canalizaciones venosas periféricas o centrales.

Bibliografía

1.- Oria Ramírez MA. Conocimientos sobre el uso de la vía intraósea en situaciones de emergencia del profesional de enfermería que realiza la especialidad de Emergencias y Desastres en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; s.n; 2015. 1,4.

2.- SantaBasilíaGarcíaN,DiezCepedaMJ.Víaintraóseaenenfermeríade emergencias. Rev. Enferm. CyL. 2009; 1: 49,50,52.

3.- Martínez Manrique I, Morales Pons S, Angulo Casal C, Aracil García N, De La Encina Castejón MA. Accesos intraóseos: revisión y manejo. An Pediatr Contin. 2013; 11 (3): 167,168.

4.- ÁvilaMelgarejoD, MontesGarcíaM, PelegrínGonzálezB. Recomendación de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias Sobre Inserción, Cuidados, Uso y Mantenimiento de la Vía Intraósea para los Profesionales de los Equipos de Urgencias y Emergencias. 2017: págs. 2,6-10.

5. MiguelBurgosA, MuñozSimarroD, TelloPérezS. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enferm.glob.* 2011; 10: 175,178.

Capítulo 53

Consumo de hipnosedantes en la población española entre 15 y 64 años

López Juárez, M^a Pilar

CONSUMO DE HIPNOSEDANTES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA ENTRE 15 Y 64 AÑOS.



López Juárez, MP

INTRODUCCIÓN

La prevención del consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados de estas conductas será más eficaz cuanto antes se detecte. Los profesionales del primer nivel de asistencia sanitaria (Atención Primaria) deben ser los primeros en detectar estas conductas.

Los hipnosedantes son una de las sustancias con mayor prevalencia de consumo en España. Por ello, es conveniente que se conozcan las características sociodemográficas de los consumidores y los patrones de consumo.

OBJETIVOS

1. Comparar la evolución de la prevalencia de consumo de los hipnosedantes en la población española.
2. Establecer si existen diferencias en la prevalencia de consumo diario y ocasional, según la edad o el sexo.
3. Conocer la edad media de inicio en el consumo.

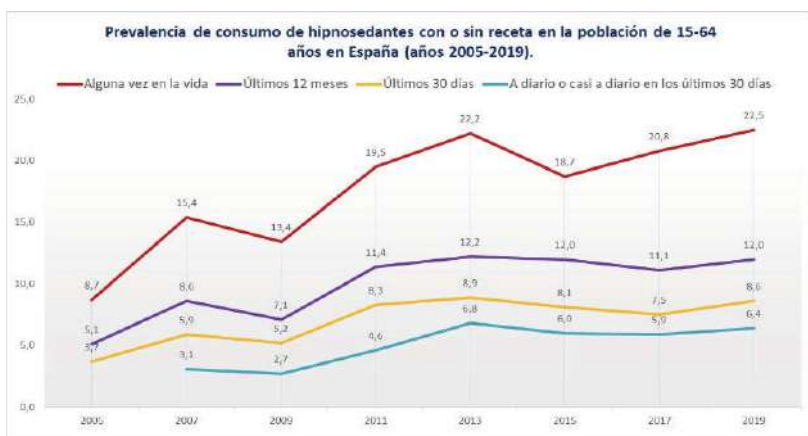
MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: consumo de hipnosedantes en España entre los años 2005 y 2019.

Población identificada: adultos entre 15 y 64 años de ambos sexos. Recogida de información:

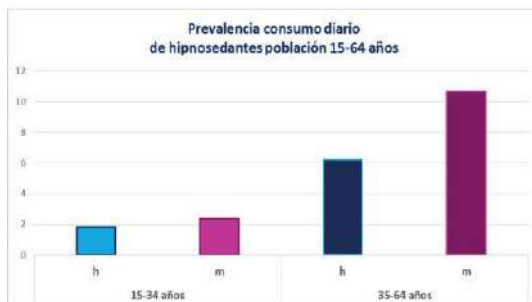
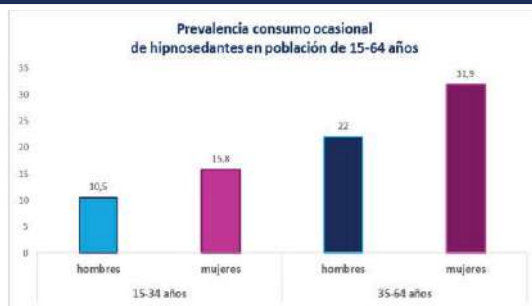
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
- ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 1994-2021.
- Búsqueda en Bases de Datos especializadas en ciencias de la salud. Términos MeSH: Sleep Aids, Pharmaceutical, Hypnotics and Sedatives, Drug Users.

RESULTADOS



Edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años

34,6 años ($\pm 0,59$)



CONCLUSIONES

1. La prevalencia en el consumo diario de hipnosedantes se mantiene estable en los últimos años en el rango de población de 15 a 64 años. Sin embargo, sí está en aumento la prevalencia de consumo ocasional entre la población de 15 a 64 años.
2. El consumo está más extendido entre las mujeres, tanto en el rango de población entre 15-34 años como en mayores de 35 años. La prevalencia también es mayor en el grupo de edad más elevado (población entre 35-64 años).
3. El dato de edad de inicio en el consumo es muy similar a los obtenidos en años anteriores.

Resumen: *La prevención del consumo de drogas y otras adicciones será más eficaz cuanto antes se detecte. Los profesionales del primer nivel de asistencia sanitaria deben ser los primeros en detectar estas conductas y conocer qué sustancias son las más consumidas.*

Los hipnosedantes son una de las sustancias con mayor prevalencia de consumo en España. Por ello, es conveniente que se conozcan las características sociodemográficas de los consumidores y los patrones de consumo.

Existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo según edad (más elevada en población mayor) y el sexo (más alta en mujeres).

Palabras Clave: *Sleep Aids Pharmaceutical, Hypnotics and Sedatives, Drug Users*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La prevención del consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados de estas conductas será más eficaz cuanto antes se detecte. Los profesionales del primer nivel de asistencia sanitaria (Atención Primaria) deben ser los primeros en detectar estas conductas.

Los hipnosedantes son una de las sustancias con mayor prevalencia de consumo en España. Por ello, es conveniente que se conozcan las características sociodemográficas de los consumidores y los patrones de consumo.

Objetivos:

1. Comparar la evolución de la prevalencia de consumo de los hipnosedantes en la población española.
2. Establecer si existen diferencias en la prevalencia de consumo diario y ocasional, según la edad o el sexo.
3. Conocer la edad media de inicio en el consumo.

Material y Método:

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: consumo de hipnosedantes en España entre los años 2005 y 2019.

Población identificada: adultos entre 15 y 64 años de ambos sexos.

Recogida de información:

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

- ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 1994-2021.

- Búsqueda en Bases de Datos especializadas en ciencias de la salud. Términos MeSH: Sleep Aids, Pharmaceutical, Hypnotics and Sedatives, Drug Users.

Resultados:

Los hipnosedantes son un grupo de psicofármacos depresores del sistema nervioso central. Pertenecen a este grupo los tranquilizantes, sedantes y somníferos, los cuales producen sedación y a dosis más elevadas provocan sueño. También se incluyen, entre otros, benzodiazepinas, barbitúricos, antidepresivos y antihistamínicos.

Según reflejan los datos obtenidos en el Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, los hipnosedantes se han situado como la cuarta sustancia con más prevalencia de consumo en España, justo por detrás del cannabis, tabaco y alcohol (siendo este último la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo).

Si comparamos la prevalencia de consumo diario de hipnosedantes durante los últimos años, vemos que la misma sigue una tendencia estable. Sin embargo, si diferenciamos en algunos tramos temporales (consumo alguna vez en la vida, consumo durante los últimos 12 meses y consumo en los últimos 30 días), las cifras sí experimentan un ligero aumento, observándose en todas ellas una ligera tendencia creciente.

A la hora de comparar la prevalencia de consumo (tanto ocasional como diario o casi diario) según edad y sexo, observamos que el consumo está más extendido entre mujeres, principalmente en las mayores de 35 años. Entre la población masculina, también existen diferencias significativas según la edad, siendo más elevada la prevalencia de consumo también en los varones de más de 35 años.

Con respecto a la edad de inicio de consumo de hipnosedantes, no se encuentran diferencias significativas entre los últimos datos observados y los datos de años anteriores, manteniéndose una edad de inicio media de 34,6 años (con una desviación estándar de $\pm 0,59$).

Conclusiones:

1. La prevalencia en el consumo diario de hipnosedantes se mantiene estable en los últimos años en el rango de población de 15 a 64 años. Sin embargo, sí está en aumento la prevalencia de consumo ocasional entre la población de 15 a 64 años.

2. El consumo está más extendido entre las mujeres, tanto en el rango de población entre 15-34 años como en mayores de 35 años. La prevalencia también es mayor en el grupo de edad más elevado (población entre 35-64 años).

3. El dato de edad de inicio en el consumo es muy similar a los obtenidos en años anteriores.

Bibliografía

1.- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.

2.- ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 1994-2021. [Internet]. Pnsd.sanidad.gob.es. 2022 [última consulta 15 Mayo 2022]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

3.- Graupensperger S, Hultgren BA, Fairlie AM, Lee CM, Larimer ME. Using Alcohol and Cannabis as Sleep Aids: Associations with Descriptive Norms Among College Students. *Behav Sleep Med.* 2022 Feb 12:1-13. doi: 10.1080/15402002.2022.2040505. Epub ahead of print. PMID: 35156478.

Capítulo 54

Cuidados de enfermería en colocación y mantenimiento de tracción de partes blandas

*Guerrero Sola, Lorena
Ruiz Serrano, Jesús Javier
De La Torre Pérez, M^a Del Carmen*

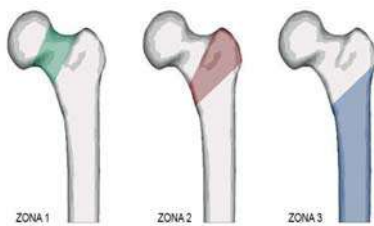
Cuidados de enfermería en colocación y mantenimiento de tracción de partes blandas



Lorena Guerrero Sola, Jesús Javier Ruiz Serrano y M^a del Carmen de la Torre Pérez

INTRODUCCIÓN

- La fractura de cadera es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada, hablamos de fractura de cadera cuando hay una rotura del tercio superior del fémur. El tipo de fractura y su localización influirán en el tipo de tratamiento que se da a la misma.
- Tipos de fracturas de cadera



➤ Zona 1:

Fracturas subcapitales: Son las que se producen justo por debajo de la cabeza femoral.

Fracturas cervicales o del cuello femoral: Tienen lugar en el cuello del fémur.

Fracturas basicervicales o de la base del cuello femoral: Su trazo principal está localizado en la unión entre el cuello femoral y la región trocantérica.

➤ Zona 2:

Fracturas trocantéricas o pertrocantericas: Se producen en el área coloreada de color rojo.

➤ Zona 3:

Fracturas subtrocantéricas: Por debajo de la región trocantérica.

- Definición de tracción

Una tracción de partes blandas se utiliza para mantener una tracción constante de una extremidad inferior fracturada, asegurando así una correcta colocación y alineación. Este tipo de tracción puede ser colocada antes y después de una intervención quirúrgica.

Tracción cutánea es una aplicación directa de una fuerza de tracción sobre la piel del paciente que actúa indirectamente sobre el hueso. Este tipo de tracción está indicado en algunas situaciones en las que interesa aliviar un espasmo muscular, corregir una deformidad o evitarla, siempre que el paciente no presente lesiones en la piel en cuyo caso estaría contraindicado. Para ejercer esta fuerza deben colocarse en la piel unas bandas adhesivas a ambos lados de la extremidad, con un sistema de poleas, cuerdas y pesos que se conectan a esas bandas adhesivas.

- Objetivos



MATERIALES



PROCEDIMIENTO

- Preparación de los profesionales

Preparar y comprobar todo el material para la tracción y los pesos adecuados.

Lavarse las manos higiénicamente.

Colocarse guantes limpios.

- Preparación del paciente

Identificar al paciente.

Informe al paciente y/o familia del procedimiento que se le realizará.

Pedir su colaboración en la medida de lo posible.

Colocar al paciente en una posición adecuada, en decúbito supino con la pierna afectada bien recta.

- Ejecución

- Colocación de la tracción:

Limpiar y secar bien la extremidad afectada.

Colocar la cama en posición plana de forma que la tracción tenga el efecto deseado.

Posicionar de forma correcta el miembro afectado realizando tracción y rotándolo para colocar el sistema de tracción blanda.



Colocar la cinta de la venda de tracción a ambos lados de la pantorrilla, evitando la formación de arrugas y pliegues para prevenir la lesión de la piel.



Vendar con la venda elástica el miembro, comenzando por encima de los maléolos y terminando a nivel de las crestas tibiales.



- Después de colocar la tracción:

Colocar que las cuerdas de la tracción, las poleas y los pesos de manera que cuelguen libremente.

MANTENIMIENTO

- Valorar la tracción y el peso en cada turno.
- Valorar la presencia o ausencia de dolor en la extremidad afectada, color de la piel y pulsos distales.
- Vigilar signos de compresión del nervio ciático poplíteo externo.
- Controlar la sensibilidad de la extremidad.
- Mantener siempre la alineación correcta del paciente.
- Vigilar la presencia de pliegues y arrugas en el vendaje.
- Al movilizar al paciente, las pesas deben sujetarse.
- Vigilar los puntos de apoyo para prevenir las úlceras por presión.
- Poner a disposición del paciente un triángulo en la cama para facilitarle las movilizaciones.
- Vigilar que el pie no toque la cama.
- Valorar la necesidad de analgesia antes de movilizar al paciente.
- Facilitar información al paciente y/o familia sobre el uso de la tracción y la forma en la que ellos pueden colaborar.



CONCLUSIÓN



El tratamiento debe estar dirigido a conseguir la consolidación de la fractura en buena posición mediante tracciones blandas y sin deformidad, y al mismo tiempo permitir una movilización en cama lo más precoz posible. La movilización precoz es esencial para prevenir las complicaciones del encajamiento y acondicionamiento, siendo recomendable iniciar la rehabilitación al día siguiente de la intervención quirúrgica.

La colocación de una tracción en este tipo de fracturas es un punto fundamental dentro de los programas sanitarios de las unidades de traumatología, ya que evitan complicaciones.

La continuidad de cuidados de enfermería permite disminuir el impacto psicológico y fisiológico en los pacientes, valorando de forma anticipada las complicaciones que pueden sobrevenir.

El papel que tienen los cuidados de enfermería en la colocación y mantenimiento de las tracciones de partes blandas, derivan directamente de la misión de la enfermería en nuestra sociedad, se llevan a cabo con el beneplácito del código deontológico, siguiendo los criterios de calidad y excelencia profesional y humanidad.

Resumen: Una fractura de cadera es una rotura en el extremo proximal del fémur, cerca de la articulación de la cadera. La fractura de cadera es un término que se usa comúnmente para referirse a cuatro diferentes esquemas de fractura propiciados con suma frecuencia. Lo que supone que la fractura de cadera viene dada por la fragilidad del hueso osteoporótico y favorecido por una caída fortuita o un traumatismo menor.

La colocación de una tracción es un punto fundamental dentro de los programas sanitarios de las unidades de traumatología, ya que evitan complicaciones. La movilización precoz es esencial para prevenirlas.

Palabras Clave: Tracción, Fractura de cadera, Cuidados de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fractura de cadera es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada. Hablamos de fractura de cadera cuando hay una rotura del tercio superior del fémur. El tipo de fractura y su localización influirán en el tipo de tratamiento que se da a la misma.

Una tracción de partes blandas se utiliza para mantener una tracción constante de una extremidad inferior fracturada, asegurando así una correcta colocación y alineación. Este tipo de tracción puede ser colocada antes y después de una intervención quirúrgica.

Tracción cutánea es una aplicación directa de una fuerza de tracción sobre la piel del paciente que actúa indirectamente sobre el hueso. Este tipo de tracción está indicado en algunas situaciones en las que interesa aliviar un espasmo muscular, corregir una deformidad o evitarla, siempre que el paciente no presente lesiones en la piel en cuyo caso estaría contraindicado. Para ejercer esta fuerza deben colocarse en la piel unas bandas adhesivas a ambos lados de la extremidad, con un sistema de poleas, cuerdas y pesos que se conectan a esas bandas adhesivas.

Objetivos:

- Inmovilización de la fractura
- Aliviar el dolor
- Confort del paciente
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería

Material y Método:

Para la realización de esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas como Pubmed y Medline.

La estrategia de búsqueda incluyó los siguientes términos: fractura de cadera, tracción cutánea, dolor y cuidados de enfermería.

Resultados:

Para una correcta colocación:

- Limpiar y secar bien la extremidad afectada.
- Colocar la cama en posición plana de forma que la tracción tenga el efecto deseado.
- Posicionar de forma correcta el miembro afectado realizando tracción y rotándolo para colocar el sistema de tracción blanda.
- Colocar la cinta de la venda de tracción a ambos lados de la pantorrilla, evitando la formación de arrugas y pliegues para prevenir la lesión de la piel.
- Vendar con la venda elástica el miembro, comenzando por encima de los maléolos y terminando a nivel de las crestas tibiales.

Después de colocar la tracción cutánea hay que posicionar las cuerdas de la tracción, las poleas y los pesos de manera que cuelguen libremente.

Son importante los siguientes cuidados de enfermería para el correcto mantenimiento de una tracción blanda:

- Valorar la tracción y el peso en cada turno.
- Valorar la presencia o ausencia de dolor en la extremidad afectada, color de la piel y pulsos distales.
- Vigilar signos de compresión del nervio ciático poplíteo externo.
- Controlar la sensibilidad de la extremidad.
- Mantener siempre la alineación correcta del paciente.
- Vigilar la presencia de pliegues y arrugas en el vendaje.
- Al movilizar el paciente, las pesas deben sujetarse.
- Vigilar los puntos de apoyo para prevenir las úlceras por presión.
- Poner a disposición del paciente un triángulo en la cama para facilitarle las movilizaciones.
- Vigilar que el pie no toque la cama.
- Valorar la necesidad de analgesia antes de movilizar al paciente.
- Facilitar información al paciente y/o familia sobre el uso de la tracción y la forma en la que ellos pueden colaborar.

Conclusiones:

El tratamiento debe estar dirigido a conseguir la consolidación de la fractura en buena posición mediante tracciones blandas y sin deformidad, y al mismo tiempo permitir una movilización en cama lo más precoz posible. La movilización precoz es esencial para prevenir las complicaciones del encajamiento y acondicionamiento, siendo recomendable iniciar la rehabilitación al día siguiente de la intervención quirúrgica.

La colocación de una tracción en este tipo de fracturas es un punto fundamental dentro de los programas sanitarios de las unidades de traumatología, ya que evitan complicaciones. La continuidad de cuidados de enfermería permite disminuir el impacto psicológico y fisiológico en los pacientes, valorando de forma anticipada las complicaciones que pueden sobrevenir.

El papel que tienen los cuidados de enfermería en la colocación y mantenimiento de las tracciones de partes blandas, derivan directamente de la misión de la enfermería en nuestra sociedad, se llevan a cabo con el beneplácito del código deontológico, siguiendo los criterios de calidad y excelencia profesional y humanidad.

Bibliografía

- 1.- Etxebarria Foronda I, Caeiro Rey JR, Utilidad de la tracción preoperatoria en la fractura de cadera. Revista de osteoporosis y metabolismo mineral. Vol. 10, Nº 2. Madrid; 2021.
- 2.- Llauradó Sanz G, Sierra Vázquez L, Canel Ruiz E. Cuidados de enfermería en la colocación y mantenimiento de partes blandas. ENE revista de enfermería. 2014; Nº 8, 3, 14-14.
- 3.-Opazo A, Fractura de cadera en el adulto mayor: manejo y tratamiento. Medwave. 2011; 11 (2).

Capítulo 55

Cuidados de enfermería en los aneurismas aórticos

Alcaraz García, Beatriz

INTRODUCCIÓN

La aorta conduce la sangre que sale del ventrículo izquierdo al sistema arterial. Su pared está formada por 3 capas: la íntima, media y adventicia. Un aneurisma es la dilatación patológica de una parte de un vaso. Se define como verdadero cuando esa dilatación afecta a las 3 capas; mientras que se dice que es pseudoaneurisma, cuando la dilatación se produce entre la íntima y la media.

OBJETIVOS

- Renovar los conocimientos acerca de los cuidados de enfermería en los aneurismas aórticos y sus tipos.
- Establecer las principales actuaciones de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los aneurismas aórticos y los cuidados de enfermería que se llevan a cabo en esta enfermedad. Para ello, se han consultado bases de datos como: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden, Cochrane Library

RESULTADOS:

1. ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA:

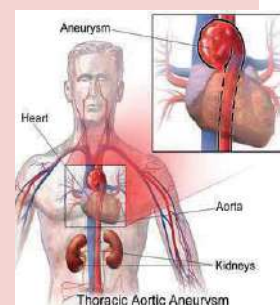
La mayoría de los aneurismas torácicos son secundarios a procesos degenerativos de la capa media. Esto provoca una disminución de la elasticidad de la pared. Suele afectar por extensión a la aorta ascendente y descendente.

1.1. Manifestaciones y diagnóstico:

A penas producen síntomas pero algunos de ellos pasan por presentar insuficiencia aórtica con pulso celer, soplo diastólico y desplazamiento de la punta; sumado a signos en el ECG de hipertrofia ventricular izquierda. La *ecocardiografía* es un método no invasivo que permite visualizar el aumento de diámetro del anillo aórtico o de la raíz aórtica. La *aortografía* establece un diagnóstico mostrando la presencia del aneurisma en el tronco braquicefálico.

1.2. Tratamiento:

La principal línea de tratamiento es la quirúrgica; cuya finalidad es la resección de la aorta.



2. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:

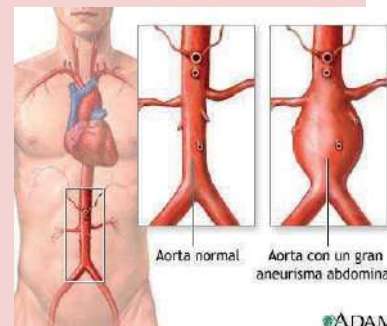
Se localiza fundamentalmente en la porción abdominal, por debajo de la salida de las arterias renales. Su origen es arterioesclerótico y debido al incremento de la misma.

2.1. Manifestaciones y diagnóstico:

Los pacientes presentarán dolor abdominal y lumbar asociado o no a masa pulsátil en abdomen. La *radiografía simple de abdomen* mostrará el contorno de la pared del aneurisma. La *ecografía* valorará la forma y tamaño de la misma. El *Tac* y *RMN* permitirán realizar un diagnóstico con mayor precisión.

2.2. Tratamiento:

Al igual en el torácica, la línea de actuación primordial es la quirúrgica.



3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Preoperatorio:
 - Proporcionar al paciente a información necesario sobre su enfermedad y las técnicas que se le van a realizar.
 - Disminuir su grado de ansiedad e incertidumbre
 - Mantener un ambiente tranquilo.
 - Monitorización del ECG para detectar cambios isquémicos o disritmias.
 - Observar el nivel de conciencia.
 - Detectar signos de dolor.
- Post – operatorio:
 - Vigilar signos de hemorragia
 - Cuidar puntos de inserción de catéteres de Swan Ganz, arterial, SV y SNG.
 - Registrar constantes vitales.
 - Verificar pulsos periféricos bilaterales.
 - Determinar perímetro abdominal de forma frecuente.



CONCLUSIONES

El papel de enfermería es muy importante a la hora de realizar los cuidados necesarios en pacientes con aneurismas aórticos, ya sea para detectar precozmente los signos y síntomas como para fomentar un adecuado post operatorio.



Resumen: *Un aneurisma es la dilatación patológica de una parte de un vaso. Se define como verdadero cuando esa dilatación afecta a las tres capas del vaso (íntima, media y adventicia). Mientras que un pseudoaneurisma se produce cuando la dilatación se genera entre la capa íntima y media. Para poder entender en qué consiste y los tipos que hay, se ha realizado una revisión bibliográfica para renovar los principales conocimientos y establecer las principales actuaciones de enfermería.*

Palabras Clave: *Aneurisma, Aortografía, Hipertrofia ventricular*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Un aneurisma es la dilatación patológica de un segmento de un vaso sanguíneo. Esta dilatación se establece entre dos de las capas de dicho vaso afectando a toda la circunferencia del mismo.

Estos aneurismas se dividen en torácicos y abdominales.

Objetivos:

- Renovar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en los aneurismas aórticos
- Establecer las principales actuaciones de enfermería

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica sobre los principales aneurismas aórticos y los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo. Para ello, se han consultado bases de datos como PubMed, Cochrane, Medline, Cuiden, Scielo...

Resultados:

Aneurismas Torácicos

Los aneurismas torácicos se producen en su mayoría en la aorta ascendente como consecuencia de cambios degenerativos. Estos producen pérdida de elasticidad y a lo largo del tiempo un aumento del diámetro. No suelen presentar síntomas específicos que desde un primer momento puedan indicar que se está tratando de un aneurisma. Para ello, se realizarán placa de tórax, ecocardiograma y aortografía. El tratamiento de elección será el procedimiento quirúrgico.

Aneurismas abdominales

Los aneurismas abdominales se localizan en la porción abdominal, por debajo de la salida de las arterias renales. Su diagnóstico se lleva a cabo mediante radiografía simple de abdomen, ecografía, TAC, RMN y angiografía. Su tratamiento de elección también será el quirúrgico.

Cuidados de enfermería

- Preoperatorio:
- Explicar toda la información sobre el proceso a llevar a cabo a paciente y familia.
- Tranquilizar y proporcionar medidas de confort
- Mantener un ambiente tranquilo
- Observar nivel de conciencia
- Registro de constantes vitales
- Postoperatorio:
- Vigilar signos de hemorragia
- Controlar dolor
- Registro de constantes vitales.
- Revisar puntos de inserción de catéteres para evitar bacteriemias

Conclusiones:

El papel de enfermería es muy importante a la hora de realizar los cuidados necesarios a los pacientes con aneurismas aórticos, ya sea para detectar precozmente los signos como para fomentar un adecuado postoperatorio.

Bibliografía

- 1.- Aguilar Sheaa, A.L. Galalrdo Mayoa, C. *Aneurisma aórtico. Una patología que de debe tener presente*. SEMERGEN. 2009;35(9):478
- 2.- Vega, J. González, D. Yankovic, W. Oroz, J. Castro, N. *Aneurismas de la aorta torácica. Historia natural, diagnóstico y tratamiento*. Rev Chil Cardiol 2014; 33: 127-135
- 3.- Ballesteros-Pomar, M. Maqueda Ara, S. Nogal Arias, C. Sanz Pastor, N. Barrio Fernández, M. Suárez González, L.A. Fernández-Samos, R. *Actualización y algoritmos de toma de decisión en el manejo del aneurisma aórtico abdominal roto*. Angiología 2020;72(5):240-25

Capítulo 56

Cuidados de enfermería y tratamiento de neonatos con dextro–transposición de grandes arterias. Revisión bibliográfica

*Herrador Cordero-Sánchez, Sherezada
Hervás Díez, Raquel
Ortega Iniesta, Laura*

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DE NEONATOS CON DEXTRO-TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



Herrador Cordero-Sánchez, Sherezada; Hervás Díez, Raquel; Ortega Iniesta, Laura

INTRODUCCIÓN

La dextro-transposición de grandes arterias (D-TGA) es una cardiopatía congénita caracterizada por la discordancia en la conexión ventrículo-arterial (la arteria aorta se origina en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar en el ventrículo izquierdo) lo que determina circulaciones pulmonar y sistémica separadas. (Imagen 1 y 2)

Si no se trata, la D-TGA es considerada una enfermedad incompatible con la vida. Se asocia a una mortalidad del 30% en la primera semana de vida, del 50% durante el primer mes y del 90% durante el primer año. Representa el 3% de todas las cardiopatías congénitas y el 20% de las cianóticas con mayor predominio en varones (2:1).

Aunque su etiología es desconocida, se asocia a factores de riesgo maternos como la diabetes, la ingesta prenatal de anfetaminas, trimetadiona y hormonas sexuales, la ingesta de alcohol, la desnutrición, situaciones de estrés durante el embarazo, etc.

Aunque es una patología con una prevalencia relevante, fuera del ámbito de la cardiología existe un conocimiento limitado tanto del tratamiento como de los cuidados de enfermería más eficaces para el tratamiento de la D-TGA.

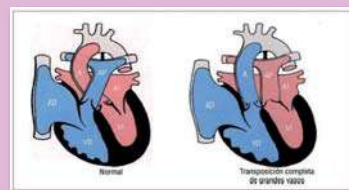


Imagen 1 https://www.eured.com/Anoma%C3%ADa_de_los_grandes_vasos



Imagen 2 <https://es.slideshare.net/Andylluz/transposicion-de-grandes-vasos>

OBJETIVOS

Examinar la evidencia disponible sobre los cuidados de enfermería más adecuados en neonatos con D-TGA.

Analizar las diferentes opciones terapéuticas existentes y las principales recomendaciones a nivel internacional.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE, LILACS y MEDIGRAPHIC) hasta mayo de 2022. Se introdujo como estrategia de búsqueda las palabras clave: D-TGA, Cuidados de enfermería, Cardiopatías congénitas, Cirugía cardíaca neonatal, PGE 1 y Jatene, que se combinaron con los operadores AND, OR y NOT.

Se tuvieron en cuenta para su inclusión estudios publicados en inglés y español en los últimos 10 años que reportaran el análisis de los cuidados de enfermería aplicados a neonatos diagnosticados de D-TGA. Igualmente se incluyeron estudios que analizaran las diferentes opciones de tratamiento para esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Tras analizar la bibliografía existente, nuestros resultados muestran que los cuidados de enfermería se basarán, principalmente, en mantener la estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológica, así como minimizar el riesgo de infección.

La opción terapéutica más recomendada a nivel internacional es la cirugía Jatene frente a la de Mustard y Senning, por su alta tasa de supervivencia. El diagnóstico prenatal de dicha patología mejora su pronóstico.

Los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería al neonato con D-TGA son esenciales para evitar posibles secuelas y complicaciones, garantizando la mejor calidad de vida posible.

Teniendo en cuenta que dicha cardiopatía es frecuente, es imprescindible contar con una buena formación y con una actualización constante acerca de la enfermedad, de los cuidados especiales y de calidad que debe proporcionar el personal de enfermería a este tipo de neonatos.

RESULTADOS

La búsqueda devolvió una total de 80 estudios de los cuales, tras aplicar criterios de elegibilidad, se incluyeron 18.

PALABRAS CLAVE	BASE DE DATOS	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> D-TGA Cuidados de enfermería Cardiopatías congénitas Cirugía cardíaca neonatal PGE 1 Jatene 	CUIDEN (Fundación index)	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 28 ACEPTADOS: 6
	ENFISPO	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 56 ACEPTADOS: 3
	CUIDATGE	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 1 ACEPTADOS: 0
	SciELO	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 11 ACEPTADOS: 4
	LILACS	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 43 ACEPTADOS: 2
	MEDIGRAPHIC	<ul style="list-style-type: none"> TOTAL: 50 ACEPTADOS: 3

TRATAMIENTOS

Prostaglandina E1 (Alprostadil)	ATRIOSEPTOSTOMIA DE RASHKING	CIRUGÍA JATENE	CIRUGÍA MUSTARD Y SENNING	CIRUGÍA RASTELLI
Mantenimiento del ductus arterioso.	Cuando existe integridad del septum intraventricular	Switch arterial. Mayor supervivencia/menos complicaciones	Switch auricular. Más complicaciones y reintervenciones quirúrgicas.	Cuando existe estenosis pulmonar.
Tratamiento de la cianosis severa.				

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NOC	Perfusión tisular, equilibrio hídrico, función intestinal, integridad tisular: piel y membranas, riesgo de infección manifestada por procedimientos invasivos...
NIC	Cuidados cardíacos, manejo de líquidos, control intestinal, vigilancia de la piel y las mucosas, control de infección...
ACTIVIDADES	Monitorizar al paciente, realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, monitorizar la aparición de arritmias, monitorizar signos vitales, realizar registro preciso de entradas y salidas...

BIBLIOGRAFÍA



Resumen: La dextro-transposición de grandes arterias (D-TGA) es una cardiopatía congénita grave y relativamente frecuente en los recién nacidos. La evolución de los neonatos afectados que son intervenido quirúrgicamente mediante switch arterial en el periodo neonatal es satisfactoria en cuanto a índices de supervivencia, reintervención o aparición de complicaciones importantes en el seguimiento. Asimismo, se ha demostrado que una formación y actualización en los cuidados enfermeros aplicados en dicha patología han mejorado su pronóstico.

Palabras Clave: D-TGA, Cardiopatía congénita, Cuidados de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La dextro-transposición de grandes arterias (D-TGA) es una cardiopatía congénita caracterizada por la discordancia en la conexión ventrículo-arterial (la arteria aorta se origina en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar en el ventrículo izquierdo) lo que determina circulaciones pulmonar y sistémica separadas.

Si no se trata, la D-TGA es considerada una enfermedad incompatible con la vida. Se asocia a una mortalidad del 30% en la primera semana de vida, del 50% durante el primer mes y del 90% durante el primer año. Representa el 3% de todas las cardiopatías congénitas y el 20% de las cianóticas con mayor predominio en varones (2:1).

Aunque su etiología es desconocida, se asocia a factores de riesgo maternos como la diabetes, la ingesta prenatal de anfetaminas, trimetadiona y hormonas sexuales, la ingesta de alcohol, la desnutrición, situaciones de estrés durante el embarazo, etc.

Aunque es una patología con una prevalencia relevante, fuera del ámbito de la cardiología existe un conocimiento limitado tanto del tratamiento como de los cuidados de enfermería más eficaces para el tratamiento de la D-TGA.

Objetivos:

- Examinar la evidencia disponible sobre los cuidados de enfermería más adecuados en neonatos con D-TGA.
- Analizar las diferentes opciones terapéuticas existentes y las principales recomendaciones a nivel internacional.

Material y Método:

Se desarrolló una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE, LILACS y MEDIGRAPHIC) hasta mayo de 2022. Se introdujo como estrategia de búsqueda las palabras clave: D-TGA, Cuidados de enfermería, Cardiopatías congénitas, Cirugía cardíaca neonatal, PGE 1 y Jatene, que se combinaron con los operadores AND, OR y NOT.

Se tuvieron en cuenta para su inclusión estudios publicados en inglés y español en los últimos 10 años que reportaran el análisis de los cuidados de enfermería aplicados a neonatos diagnosticados de D-TGA. Igualmente se incluyeron estudios que analizaran las diferentes opciones de tratamiento para esta enfermedad.

Resultados:

A La búsqueda devolvió una total de 80 estudios de los cuales, tras aplicar criterios de elegibilidad, se incluyeron 18.

Dentro de los resultados obtenidos se incluyen los cuidados enfermeros más destacados:

- NOC: Perfusión tisular, equilibrio hídrico, función intestinal, integridad tisular: piel y membranas, riesgo de infección manifestada por procedimientos invasivos, entre otros.

- NIC: Cuidados cardíacos, manejo de líquidos, control intestinal, vigilancia de la piel y las mucosas, control de infección, entre otros.

- Actividades: Monitorizar al paciente, realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, monitorizar la aparición de arritmias, monitorizar signos vitales, realizar registro preciso de entradas y salidas, entre otras.

Los resultados arrojados tras la revisión sobre los tratamientos:

- El uso de la prostaglandina E1 (PGE1) nombre comercial Alprostadil es la primera medida a seguir en el tratamiento para paliar la cianosis severa de dicha enfermedad ductus de pendiente, aun presentando una tasa elevada de efectos secundarios por eso se aconseja la intubación antes de su administración, aunque se ha evidenciado una controversia sobre dicho dato. Su dosis actual de inicio: 0,05-0,1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. Máximo: 0,4-1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ y la de mantenimiento: 0,01-0,05 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. Se procederá a la disminución escalonada a la “mínima dosis efectiva”.

- La atrioseptostomía de Rashking se realiza cuando existe integridad del septum intraventricular como medida paliativa de la cianosis previa a la cirugía correctora. Consiste en avanzar un catéter con balón en el extremo hasta la aurícula izquierda a través del foramen oval permeable, se infla el balón y se retira bruscamente para agrandar la comunicación intraauricular.

- Actualmente la técnica de elección a nivel mundial es la cirugía Jatene (switch arterial), que consiste en seccionar los segmentos proximales de las grandes arterias, se trasplantan las arterias coronarias a la raíz pulmonar nativa que se convertirá en la neoraíz aórtica, tras esto se conecta la aorta al ventrículo izquierdo y la pulmonar al derecho.

Esta técnica debido a su alta tasa de supervivencia reemplaza a la cirugía de Mustard y Senning, que consisten reconstruir el tabique auricular y colocar un deflector para garantizar la mezcla de sangre oxigenada y no oxigenada. La cirugía Rastelli se realiza si se acompaña de estenosis pulmonar.

Conclusiones:

Tras analizar la bibliografía existente, nuestros resultados muestran que los cuidados de enfermería se basarán, principalmente, en mantener la estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológica, así como minimizar el riesgo de infección.

La opción terapéutica más recomendada a nivel internacional es la técnica Jatene, ya que aporta mayor supervivencia frente a las técnicas de switch auricular con mayor número de complicaciones y reintervenciones quirúrgicas. Se confirma el mejor pronóstico de la enfermedad con el diagnóstico prenatal.

Los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería al neonato con D-TGA son esenciales para evitar posibles secuelas y complicaciones, garantizando la mejor calidad de vida posible.

Teniendo en cuenta que dicha cardiopatía es frecuente, es imprescindible contar con una buena formación y con una actualización constante acerca de la enfermedad, de los cuidados especiales y de calidad que debe proporcionar el personal de enfermería a este tipo de neonatos.

Bibliografía

1.- García-Hernández HA, Castelló-Magallanes RJ, Lupercio-Macías SM, Contreras-Peregrina MR, Medina-Andrade MÁ. Corrección temprana de transposición de grandes vasos: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Med MD. 2016; 7 (4): 280-284.

2.- Marqués Díaz RR. Atención de enfermería ante el neonato intervenido de transposición de grandes arterias. Enferm en Cardiol. 2021; 28 (84): 42-48.

3.- Vera L, Bautista F, Castañeda E, Arboleda M. Tratamiento quirúrgico de la transposición de grandes arterias y factores asociados con la mortalidad. Rev Med Hered. 2013; 24 (3): 192-198.

Capítulo 57

Cuidados en la piel en el paciente en tratamiento con capecitabina

*Chaparro Galán, Miriam
Nieto Aparicio, Saúl
Cantero Rivero, Virginia*

CUIDADOS EN LA PIEL EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CAPECITABINA

XIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA – 1AL 8 DE OCTUBRE DE 2022

AUTOR: MIRIAM CHAPARRO GALÁN.

COAUTOR: SAUL NIETO APARICIO, VIRGINIA CANTERO RIVERO

1. INTRODUCCIÓN

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DE LA CAPECITABINA



Con menor frecuencia y en los **casos más graves**, puede producir reacciones cutáneas graves como el **Síndrome de Steven-Johnson (SSJ)** y **Necrosis Epidérmica Tóxica (NET)**.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL	PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DEL TRATAMIENTO CON CAPECITABINA
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de los principales efectos adversos cutáneos producidos por el fármaco: capecitabina ✓ Revisión de las medidas de prevención y tratamiento de dichos efectos. ✓ Promover la seguridad del paciente en el manejo del fármaco.

3. MATERIAL Y MÉTODO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS CUTÁNEOS PRODUCIDOS POR LA CAPECITABINA	<p>Para la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes bases de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Google Académico • Pubmed • Medline • Cuiden Plus <p>Descriptores de búsqueda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capecitabina • Manejo de la Quimioterapia • Efectos adversos. 	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisiones Sistemáticas ✓ Guías de Práctica Clínica ✓ Protocolos de Actuación <p>✓ Artículos publicados en los últimos 12 años que recojan datos sobre el tema central</p>

4. RESULTADOS

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DE LA CAPECITABINA

- **Xerosis cutánea, prurito, rash maculo-papular, dermatitis y eccemas:** mantener una buena hidratación: utilizar cremas emolientes y grasas, con sustancias calmantes y antiinflamatorias. Evitar alcohol y otros agentes irritantes. Se pueden añadir cremas hidratantes con agentes queratolíticos para tratar la descamación. Uso de **antihistamínicos y corticoides orales locales** (si fuera necesario en casos severos o extensos).
- **Aftas o mucositis:** utilizar **colutorios con antiinflamatorios y anestésicos locales** para aliviar al paciente, especialmente antes de las comidas para evitar el dolor y disfagia. También pueden usarse **colutorios hidratantes** de la mucosa para aplicar directamente en las aftas para proteger la piel y favorecer la cicatrización. En caso de que persista, se debe vigilar al paciente ya que podría tratarse de una sobreinfección por hongos o, más raramente, por virus herpes.
- **Alteraciones en las uñas:** evitar manicuras, llevar las uñas cortas y el contacto con productos irritantes o traumatismos. Se deben realizar las tareas del hogar con guantes de plástico recubiertos de algodón en la parte interna para aumentar la protección de las manos y mantener una buena hidratación de las uñas y la zona periungueal. En ocasiones se produce una hiperpigmentación de la uña que puede aparecer en bandas o de forma difusa en la lámina ungueal (desaparece con el crecimiento progresivo de la uña tras finalizar la quimioterapia).
- **Hiperpigmentación y fotosensibilidad:** se recomienda el uso de protectores solares (se pueden utilizar cosméticos anti-manchas para tratar y prevenir su aparición).
- **Eritrodisestesia palmo-plantar:** Para prevenir se puede utilizar cremas con urea, anestésicos locales o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Cuando aparece se recomienda el uso de corticoides potentes si fuera preciso, compresas locales de agua fría, y antiinflamatorios.

5. CONCLUSIÓN

Es de gran importancia la detección de problemas cutáneos derivados del tratamiento con quimioterapia, concretamente en este caso con capecitabina. Los efectos adversos en este ámbito deben ser tratados correctamente con medidas específicas. Una inadecuada detección precoz o tratamiento de estos problemas puede conllevar mala adherencia y falta de implicación del paciente en su tratamiento.

Por todo ello, en este trabajo se valora la importancia de una buena cooperación entre los servicios de oncología, farmacia hospitalaria y dermatología.

Además, debemos recordar los **efectos adversos cutáneos repercuten sobre la imagen corporal del propio paciente, produciendo por lo tanto repercusiones psicológicas, disminuyendo su calidad de vida y dificultando la aceptación de terapias y de su propia enfermedad.**

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Cury-Martins J, Eris APM, Abdalla CMZ, Silva GB, Moura VPT, Sanches JA. Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel. *An Bras Dermatol*. 2020; 95:221-237. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S036505962030043X?token=ABB312BA20948960D622894BC2A9A7D25AE35E844814AC08A13BE9A2AA4E86C316FCB93EA192351AB0C6D4E195DCAE6B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220522165749>
2. O. Sanmartín, C. Beato, H. Jin Suh-Oh, I. Aragón, A. España, M. Majem, S. Segura, A. Gúrpide, R. Botella, C. Grávalos. Clinical Management of Cutaneous Adverse Events in Patients on Chemotherapy: A National Consensus Statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venerology and the Spanish Society of Medical Oncology. *Actas Dermosifiliogr*. 2019; 110 (6): 448-459. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Clinical Management of Cutaneous Adverse Events in Patients on Chemotherapy: A National Consensus Statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venerology and the Spanish Society of Medical Oncology | Lector mejorado de Elsevier](https://www.elsevier.com/locate/S0001731219300001)
3. Cury-Martins J, Eris APM, Abdalla CMZ, Silva GB, Moura VPT, Sanches JA. Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel. *An Bras Dermatol*. 2020 Mar-Apr;95(2):221-237. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34811111/)
4. Reyes-Habito CM, Roh EK. Cutaneous reactions to chemotherapeutic drugs and targeted therapies for cancer: part I. Conventional chemotherapeutic drugs. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71: 203. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Cutaneous reactions to chemotherapeutic drugs and targeted therapy for cancer: Part I. Targeted therapy - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811111/)
5. Balagula Y, Rosen ST, Lacouture ME. The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Sep; 65:624-635. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411111/)

Resumen: La osteomielitis consiste en una infección ósea causada principalmente por bacterias. Puede propagarse desde la piel, músculos o tendones circundantes al hueso; empezar en otra parte del cuerpo y propagarse a través de la sangre o incluso empezar tras una cirugía en el hueso. En este caso, vemos a un varón de 11 años con osteomielitis del calcáneo izquierdo que progresa favorablemente tras 10 días aplicando antibioterapia empírica y analgésicos, junto con un plan de cuidados enfermeros, centrado en la afección física y también en la psíquica, ya que el paciente atraviesa una situación de estrés por este proceso.

Palabras Clave: Osteomielitis, Actinobacteria, Antibacterianos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La osteomielitis consiste en una infección ósea, causada principalmente por bacterias (siendo la más frecuente la *Staphylococcus aureus*), pero también la provocan hongos u otros gérmenes. Esta infección puede propagarse desde la piel, músculos o tendones circundantes al hueso; puede empezar en otra parte del cuerpo y propagarse a través de la sangre o también puede empezar tras una cirugía en el hueso. La mayoría de casos de osteomielitis es curable.

Observación Clínica:

Varón de 11 años requiere asistencia en Urgencias por dolor intenso desde hace una semana en talón izquierdo. El paciente fue valorado en dicho servicio, y tras la exploración y realización de radiografías se le dio el alta con diagnóstico compatible con osteocondritis de Sever (se trata de una inflamación e irritación de los cartílagos de crecimiento del talón).

Ese mismo día, el paciente vuelve al servicio de Urgencias debido a una intensificación del dolor, el cual refiere ser continuo, impidiendo el apoyo del pie. Por todo lo mencionado, se decidió ingresar al paciente por talalgia izquierda (consiste en un dolor en el talón que se suele acompañar de dificultad para caminar o estar de pie), siendo el diagnóstico principal la sospecha de osteomielitis del calcáneo del pie izquierdo (infección súbita o de larga duración del hueso o médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o micobacteria y hongos).

Plan de cuidados enfermero:

Se hace uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC para encontrar los diagnósticos, objetivos e intervenciones más adecuadas al paciente:

Patrones alterados:

- Patrón 4. Actividad—Reposo.
- Patrón 9. Tolerancia al estrés.
- Patrón 12. Confort.

Diagnósticos NANDA:

- Deterioro de la bipedestación.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo.
- Dolor agudo.

NOC (objetivos):

- Marcha.
- Función esquelética.
- Nivel de malestar.
- Equilibrio emocional.
- Control del dolor

NIC (intervenciones):

- Manejo del dolor.
- Cambio de posición.
- Inmovilización.
- Mejorar el afrontamiento.

Durante su estancia en la planta de pediatría, al paciente se le administra el siguiente tratamiento:

- Antibioterapia con Cloxacilina IV (1'2 g) + Clindamicina IV (300 mg), ambos cada 6 horas.
- Ketorolaco IV (15 mg) cada 8 horas.
- Paracetamol IV (450 mg) cada 8 horas (alternando con Ketorolaco).
- Metamizol IV (600 mg), si precisa por dolor.
- Ondansetrón (4 mg), si precisa por náuseas o vómitos.

Además de este tratamiento, las instrucciones de enfermería a seguir son:

- Reposo en cama y sillón. El paciente puede deambular por la habitación y el pasillo de la planta, si el dolor se lo permite.

- Dieta normal.
- Vigilar constantes.
- Administrar tratamiento pautado para controlar el dolor.

Discusión:

A En un primer momento, cuando el paciente acudió al servicio de Urgencias y durante los primeros días de ingreso en planta, la evolución fue lenta y no muy favorable. Se sospechaba que el paciente presentase una osteomielitis en el calcáneo del pie izquierdo, por lo que se realizaron diversas pruebas diagnósticas para descartar otras afecciones.

A pesar del tratamiento antibiótico y de analgésicos pautados, el dolor no cedía, al contrario, el paciente manifestaba que había una intensificación del mismo.

A lo largo de los próximos días, el paciente refería cierta mejoría del dolor durante aproximadamente 3 horas tras la administración de los antibióticos, por lo que era necesario ponerle analgésicos de rescate por ser un dolor tan intenso que el paciente no era capaz de aguantar, presentando una actitud llorosa con posición antiálgica.

En cuanto a la zona del talón afectada, presentó durante numerosos días enrojecimiento en la zona posterior del pie con dolor a la palpación en la zona del calcáneo. No presentaba dolor en el tobillo, pero sí durante la flexión del pie. El pie se presentaba normalmente en actitud de inversión.

Tras realizarle todas las pruebas necesarias, el diagnóstico principal fue finalmente una osteomielitis en el calcáneo del pie izquierdo, por lo que se continuaría con antibioterapia empírica intravenosa hasta completar de 7 a 10 días de tratamiento (ya que no se sabe exactamente qué tipo de bacteria está provocando la infección se utilizan antibióticos de amplio espectro).

Con el paso de los días, el paciente va sintiendo una notable mejoría, el dolor es mucho menos intenso, consiguiendo poner el pie en posición anatómica. La tumefacción del talón va disminuyendo de tamaño, la zona se encuentra menos caliente y con menor eritema y dolor a la palpación.

Finalmente, aproximadamente a los diez días de tratamiento antibiótico, el paciente consiguió levantarse de la cama y empezar a apoyar progresivamente el pie, hasta el punto de poder deambular por la planta acompañado de un familiar.

A los quince días de ingreso, se da el alta hospitalaria. El paciente debe seguir con cierto reposo en su domicilio, sin realizar actividades deportivas durante unos días.

Conclusiones:

Es importante tener en cuenta que, al no saber la bacteria causante de la infección, se debe utilizar un antibiótico de amplio espectro, además de proporcionar unos cuidados individualizados centrados tanto en el ámbito de lo físico como de lo psíquico, ya que el niño atravesaba un estado de ánimo muy ansioso debido al proceso.

Bibliografía

- 1.- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2007.
- 2.- Herman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2015- 2017.
- 3.- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M. y Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 4.- M. Bulechek, G., K. Butcher, H., M. Dochterman, J. y M. Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

Capítulo 58

Cuidados y manejo del paciente con osteomielitis en pediatría desde un caso clínico.

*Mateo Parrado, Pilar
Pardilla Elipe, Blas
Arias López Peláez, Víctor M
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire*



Cuidados y manejo del paciente con osteomielitis en pediatría desde un caso clínico

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis consiste en una infección ósea, causada principalmente por bacterias (siendo la más frecuente la *Staphylococcus aureus*), pero también la provocan hongos u otros gérmenes. Esta infección puede propagarse desde la piel, músculos o tendones circundantes al hueso; puede empezar en otra parte del cuerpo y propagarse a través de la sangre o también puede empezar tras una cirugía en el hueso. La mayoría de casos de osteomielitis es curable.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 11 años requiere asistencia en Urgencias por dolor intenso desde hace una semana en talón izquierdo. Tras la exploración y realización de radiografías se decidió ingresar al paciente por presentar talalgia izquierda (consiste en un dolor en el talón que se suele acompañar de dificultad para caminar o estar de pie), siendo el diagnóstico principal la sospecha de osteomielitis del calcáneo del pie izquierdo (infección súbita o de larga duración del hueso o médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o micobacteria y hongos).

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Patrones alterados:

- Patrón 4. Actividad—Reposo.
- Patrón 9. Tolerancia al estrés.
- Patrón 12. Confort.

Diagnósticos NANDA:

- Deterioro de la bipedestación.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo.
- Dolor agudo.

NOC (objetivos):

- Marcha.
- Función esquelética.
- Nivel de malestar.
- Equilibrio emocional.
- Control del dolor

NIC (intervenciones):

- Manejo del dolor.
- Cambio de posición.
- Inmovilización.
- Mejorar el afrontamiento.

DISCUSIÓN

El paciente presentaba enrojecimiento en la zona posterior del pie con dolor a la palpación en la zona del calcáneo que el paciente no era capaz de aguantar, mostrando una actitud llorosa con posición antiálgica. Tras realizarle todas las pruebas necesarias, el diagnóstico principal fue una osteomielitis en el calcáneo del pie izquierdo, por lo que se iniciaría antibioterapia empírica intravenosa hasta completar de 7 a 10 días de tratamiento, además de analgésicos para paliar el dolor. Después de 10 días, el paciente es capaz de levantarse de la cama e iniciar deambulación.

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta que, al no saber la bacteria causante de la infección, se debe utilizar un antibiótico de amplio espectro, además de proporcionar unos cuidados individualizados centrados tanto en el ámbito de lo físico como de lo psíquico, ya que el niño atravesaba un estado de ánimo muy ansioso debido al proceso.



Resumen: *Efectos adversos cutáneos de la Capecitabina: xerosis cutánea, prurito, dermatitis y eccemas, aftas o mucositis, alteraciones en las uñas, hiperpigmentación, fotosensibilidad, eritrodisestesia palmo-plantar, rash maculopapular.*

Objetivo: *Prevención de los efectos adversos cutáneos.*

Material y método: *Revisión bibliográfica sobre efectos cutáneos de la capecitabina y medidas de prevención y tratamiento. Palabras clave: Capecitabina, Quimioterapia, Efectos adversos.*

Palabras Clave: *Capecitabina, Manejo de la Quimioterapia, Efectos adversos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DE LA CAPECITABINA.

- Sequedad de piel o xerosis cutánea,
- Prurito o picor de piel
- Dermatitis y eccemas
- Aftas o mucositis
- Alteraciones en las uñas: fragmentación, líneas, estriaciones, hiperpigmentación y onicolisis.
- Hiperpigmentación o aparición de manchas en la piel. Puede ser difusa, con una apariencia de bronceado, moteada, flagelada, serpenteada, solo en áreas de flexión, o en palmas y plantas.
- Fotosensibilidad: reacción exagerada a la luz del sol que cursa con eritema e inflamación intensa en la zona expuesta.
- Eritrodisestesia palmo-plantar: sensación de hormigueos que puede progresar a quemazón en las palmas y en las plantas. Además, la sensibilidad a la temperatura y al dolor puede estar disminuida y se acompaña de enrojecimiento e hinchazón de las manos, y en ocasiones, descamación. La eritrodisestesia afecta más frecuentemente a las palmas que a las plantas y su gravedad es variable.
- Rash maculopapular: erupción generalizada por el tratamiento.

Con menos frecuencia y en los casos más graves, estos fármacos pueden inducir reacciones cutáneas graves como el Síndrome de Steven-Johnson (SSJ) y Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET).

Objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Prevención de los efectos adversos cutáneos del tratamiento con capecitabina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisión de los principales efectos adversos cutáneos producidos por el fármaco: capecitabina.
- Revisión de las medidas de prevención y tratamiento de dichos efectos.
- Promover la seguridad del paciente en el manejo del fármaco.

Material y Método:

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre efectos cutáneos producidos por la capecitabina y las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento.

Para la búsqueda bibliográfica se han empleado las siguientes bases de datos: Google Académico, Pubmed, Medline, Cuiden Plus. Los descriptores de búsqueda han sido: Capecitabina, Manejo de la Quimioterapia, Efectos adversos.

Los criterios de inclusión han sido Revisiones Sistemáticas, Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Actuación, entre los cuales se han escogido artículos publicados en los últimos 12 años que recojan datos sobre el tema central

Resultados:**A PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DE LA CAPECITABINA.**

- **Xerosis cutánea, prurito, rash maculo-papular, dermatitis y eccemas:** mantener una buena hidratación: utilizar cremas emolientes y grasas, con sustancias calmantes y antiinflamatorias. Evitar alcohol y otros agentes irritantes. Se pueden añadir cremas hidratantes con agentes queratolíticos para tratar la descamación. Uso de antihistamínicos y corticoides orales y locales (si fuera necesario en casos severos o extensos).

- **Aftas o mucositis:** utilizar colutorios con antiinflamatorios y anestésicos locales para aliviar al paciente, especialmente antes de las comidas para evitar el dolor y disfagia. También pueden usarse colutorios hidratantes de la mucosa para aplicar directamente en las aftas para proteger la piel y favorecer la cicatrización. En caso de que persista, se debe vigilar al paciente ya que podría tratarse de una sobreinfección por hongos o, más raramente, por virus herpes.

- **Alteraciones en las uñas:** evitar manicuras, llevar las uñas cortas y el contacto con productos irritantes o traumatismos. Se deben realizar las tareas del hogar con guantes de plástico recubiertos de algodón en la parte interna para aumentar la protección de las manos y mantener una buena hidratación de las uñas y la zona periungueal. En ocasiones se produce una hiperpigmentación de la uña que puede aparecer en bandas o de forma difusa en la lámina ungueal (desaparece con el crecimiento progresivo de la uña tras finalizar la quimioterapia).

- **Hiperpigmentación y fotosensibilidad:** se recomienda el uso de protectores solares (se pueden utilizar cosméticos anti-manchas para tratar y prevenir su aparición).

- **Eritrodisestesia palmo-plantar:** Para prevenir se puede utilizar cremas con urea, anestésicos locales o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Cuando aparece se recomienda el uso de corticoides potentes si fuera preciso, compresas locales de agua fría, y antiinflamatorios.

Conclusiones:

Es de gran importancia la detección de problemas cutáneos derivados del tratamiento con quimioterapia, concretamente en este caso con capecitabina. Los efectos adversos en este ámbito deben ser tratados correctamente con medidas específicas. Una inadecuada detección precoz o tratamiento de estos problemas puede conllevar mala adherencia y falta de implicación del paciente en su tratamiento.

Por todo ello, en este trabajo se valora la importancia de una buena cooperación entre los servicios de oncología, farmacia hospitalaria y dermatología.

Además, debemos recordar los efectos adversos cutáneos repercuten sobre la imagen corporal del propio paciente, produciendo por lo tanto repercusiones psicológicas, disminuyendo su calidad de vida y dificultando la aceptación de terapias y de su propia enfermedad.

Bibliografía

1.- Cury-Martins J, Eris APM, Abdalla CMZ, Silva GB, Moura VPT, Sanches JA. Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel. *An Bras Dermatol.* 2020; 95:221-237. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S036505962030043X?token=ABB312BA20948960D622894BC2A9A7D25AE35E844814AC08A13BE9A2AA4E86C316FCB93EA192351AB0C6D4E195DCAE6B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220522165749>

2.- O. Sanmartín, C. Beato, H. Jin Suh-Oh, I. Aragon, A. España, M. Majem, S. Segura, A. Gúrpide, R. Botella, C. Grávalos. Clinical Management of Cutaneous Adverse Events in Patients on Chemotherapy: A National Consensus Statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venereology and the Spanish Society of Medical Oncology. *Actas Dermosifiliogr.* 2019; 110 (6): 448-459. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Clinical Management of Cutaneous Adverse Events in Patients on Chemotherapy: A National Consensus Statement by the Spanish Academy of Dermatology and Venereology and the Spanish Society of Medical Oncology | Lector mejorado de Elsevier](#)

3.- Cury-Martins J, Eris APM, Abdalla CMZ, Silva GB, Moura VPT, Sanches JA. Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel. *An Bras Dermatol.* 2020 Mar-Apr;95(2):221-237. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel - PubMed \(nih.gov\)](#)

4.- Reyes-Habito CM, Roh EK. Cutaneous reactions to chemotherapeutic drugs and targeted therapies for cancer: part I. Conventional chemotherapeutic drugs. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71: 203. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [Cutaneous reactions to chemotherapeutic drugs and targeted therapy for cancer: Part II. Targeted therapy - PubMed \(nih.gov\)](#)

5.-Balagula Y, Rosen ST, Lacouture ME. The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Sep; 65:624-635. [Consultado el 15/05/2022] Disponible en: [The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies - PubMed \(nih.gov\)](#)

Capítulo 59

Déficit de vitamina D y cómo abordarlo en la consulta de atención primaria de enfermería

*Ruiz Felipe, Rosa María
Redondo Rodríguez-Barbero, Noelia
Chacón González, Clara María
Dorado Minguillán, Noelia*

DÉFICIT DE VITAMINA D Y CÓMO ABORDARLO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMERÍA

Autores

Rosa María Ruiz Felipe, Noelia Redondo Rodríguez – Barbero, Clara María Chacón González, Noelia Dorado Minguillán

Introducción

Existe un elevado porcentaje de personas con carencia de Vitamina D. España, siendo de clima soleado y con alimentación basada en la dieta mediterránea debería tener una población con los índices de Vitamina D adecuados, pero las estadísticas muestran cada vez más personas con déficit ella y una vinculación directa con múltiples patologías.

Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la Vitamina D con el fin de conocer el mecanismo de síntesis, sus funciones, los niveles adecuados en el organismo, las fuentes a través de las que se obtiene, causas de su déficit y la vinculación con ciertas patologías.
- Evaluar la situación actual del déficit de Vitamina D en España.
- Promover el papel de enfermería en la prevención y tratamiento del déficit de Vitamina D desde la consulta de atención primaria.

Material y Método

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos consultando bases de datos (SciELO, Pubmed y Medline) y buscadores como Google académico o Google.

Se incluyeron en el estudio artículos en lengua española o inglesa. Las palabras clave más buscadas fueron: Vitamina D, déficit, sol, alimentación, hipocalcemia, Vitamin D, deficiency, hypocalcemia, nutrition.

Resultados

La vitamina D es una sustancia imprescindible para multitud de transformaciones del cuerpo humano, siendo fundamental para la absorción de calcio y fósforo, regularizar la calcemia y la mineralización ósea. Las personas tienen dos maneras de obtener vitamina D: por medio de las irradiaciones ultravioletas en la piel para formar colecálciferol (vitamina D3) (esto representa el 90% de su obtención) y a través de la dieta normal (vitamina D2) (representa el 10%)
Dosis diaria: Adultos (19 a 70 años): 600 UI mg y Adultos mayores de 71 años: 800 UI mg. Es aceptado por la mayoría de los expertos cifras séricas en torno a 30 ng/ ml. Entre los alimentos más beneficiosos encontramos: los pescados azules (atún, salmón, caballa, sardina) setas, champiñones, yema de huevo, alimentos enriquecidos artificialmente como leche, mantequilla, yogures, cereales, zumos, harinas.

Otras causas que intervienen en sus déficit: poca asimilación en la piel, disminución de estrógenos en personas mayores, obesidad, deficiente asimilación intestinal, algunos medicamentos...

Consecuencias de la carencia de Vit D: *Enfermedades óseas:* su déficit se relaciona con osteoporosis y osteomalacia

Enfermedades autoinmunes: se relaciona con esclerosis múltiple, artritis reumatoide o la enfermedad de Crohn.

Trastornos cardiovasculares: se relaciona con hipertensión, calcificación coronaria arterial...

Diabetes Mellitus: Vit D está vinculada con el metabolismo de la glucosa.

Conclusiones

Hay una creciente prevalencia del déficit de Vitamina D en España, y aumenta el predominio de enfermedades relacionadas con ella. Es importante tomar medidas desde la consulta de Enfermería que ayuden a la resolución de este problema. Estas medidas ayudan a mantener unos niveles séricos de Vitamina D adecuados e incluyen controlar de forma habitual niveles de Vitamina D mediante análisis de sangre, promover hábitos de vida saludables, fomentar una alimentación con aporte natural de vitamina D, impulsar la realización de ejercicio físico o simplemente exposición moderada al sol. Si a pesar de estas medidas, sigue existiendo un déficit, el facultativo correspondiente puede prescribir soluciones farmacéuticas que aporten el extra necesario para corregir la carencia.

Bibliografía

1. E.N.A. Zuluaga, V.J.M. Alfaro, G.V. Balthazar, B.K.E. Jiménez and M.G. Campuzano. Vitamina D: nuevos paradigmas. Medicina & Laboratorio. 2011; 17(5-6): 211-246. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32282>

2. Larrosa M., Casado E. Protocolo de tratamiento de la deficiencia de vitamina D. Medicina Clínica. 2014; 143(12): 95-140. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.03.007>

3. Bibliografía 3: Gilaberte Y, Aguilera J, Carrascosa JM, Figueroa FL, Romani de Gabriel J, Nagore E. La vitamina D: evidencias y controversias. Actas Dermosifiliográfica 2011; 102(8): p. 572-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.03.015>

4. Bibliografía 4: Rodríguez Sangrador M., Beltrán de Miguel B., Quintanilla Murillas L., Cuadrado Vives C., Moreiras Tuny O. Contribución de la dieta y la exposición solar al estatus nutricional de vitamina D en españolas de edad avanzada: Estudio de los Cinco Países (Proyecto OPTIFORD). Nutrición Hospitalaria. 2008; 23(6): 567-576. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112008000800008&lng=es

5. Bibliografía 5: García Fernández E., Luca B.. Patología de la vitamina D. Medicine. 2012; 11(16): 961-970. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70411-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70411-0)

Resumen: La Vitamina D se obtiene de la dieta y mediante síntesis cutánea por radiación solar. La acción fisiológica más importante es aumentar la recaptación intestinal de Ca, facilitar su absorción renal y favorecer la mineralización ósea. Los niveles óptimos en plasma oscilan entre 30 y 100 ng/ml. El déficit en niños puede dar lugar al raquitismo y en adultos a osteoporosis. Para solucionar el problema del déficit es importante la labor de enfermería dando consejos sobre hábitos de vida saludable, evitar su déficit haciendo seguimiento de sus niveles y en caso de padecerlo acompañar en el tratamiento farmacológico pautado por facultativo.

Palabras Clave: Vitamina D, Déficit, Hipocalcemia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Hoy en día, existe un elevado porcentaje de personas de todas las edades con carencia de vitamina D. España, como país con un clima relativamente soleado y caracterizado con una alimentación basada en la dieta mediterránea debería tener una población con los índices de vitamina D adecuados, pero las estadísticas muestran que cada vez hay más personas con déficit de ella, y ello implica una vinculación directa con ciertas patologías.

Objetivos:

Realizar una revisión bibliográfica sobre la Vitamina D con el fin de conocer el mecanismo de síntesis, sus funciones, los niveles adecuados en el organismo, las fuentes a través de las que se obtiene, causas de su déficit y la vinculación con ciertas patologías.

- Evaluar la situación actual del déficit de Vitamina D en España.
- Promover el papel de enfermería en la prevención y tratamiento del déficit de Vitamina D desde la consulta de atención primaria.

Material y Método:

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos consultando bases de datos (SciELO, Pubmed y Medline) y buscadores como Google académico o Google.

Se incluyeron en el estudio artículos en lengua española o inglesa. Las palabras clave más buscadas fueron: Vitamina D, déficit, sol, alimentación, hipocalcemia, Vitamin D, deficiency, hypocalcemia, nutrition.

Resultados:

La vitamina D es una sustancia imprescindible para multitud de transformaciones del cuerpo humano, siendo fundamental para la absorción de calcio y fósforo, regularizar la calcemia y la mineralización ósea.

Las personas tienen dos maneras de obtener vitamina D:

- La primera y fundamental es por medio de las irradiaciones ultravioletas en la piel para formar colecalciferol (vitamina D3) (corresponde el 90% de su obtención)

- La segunda a través de la dieta normal (vitamina D2) (corresponde al 10% de su obtención)

El Comité de Nutrición y de alimentos sugiere al día las siguientes dosis adecuadas:

-Adultos (19 a 70 años): 600 UI mg

-Adultos mayores de 71 años: 800 UI mg.

Es aceptado por la mayoría de los expertos cifras séricas en torno a 30 ng/ ml. Entre los alimentos más beneficiosos encontramos:

-los pescados azules (atún, salmón, caballa, sardina)

-setas,

-champiñones,

-yema de huevo,

-alimentos enriquecidos artificialmente como leche, mantequilla, yogures, cereales, zumos, harinas.

Existen otras características que pueden facilitar que haya un déficit de vitamina D:

-poca asimilación en la piel

-disminución de estrógenos en personas mayores

-obesidad, debido a su condición liposoluble

-deficiente asimilación intestinal

-algunos medicamentos

-personas que padecen procesos cancerígenos

-mayor pérdida de vitamina a través de la orina

Consecuencias de la carencia de Vit D:

-*Enfermedades óseas*: su déficit se relaciona con osteoporosis y osteomalacia

-*Enfermedades autoinmunes*: se relaciona con esclerosis múltiple, artritis reumatoide o la enfermedad de Crohn.

-*Trastornos cardiovasculares*: se relaciona con hipertensión, calcificación coronaria arterial...

-*Diabetes Mellitus*: la vitamina D está vinculada con el metabolismo de la glucosa

Conclusiones:

Hay una creciente prevalencia del déficit de Vitamina D en España, y aumenta el predominio de enfermedades relacionadas con ella. Es importante tomar medidas desde la consulta de Enfermería

que ayuden a la resolución de este problema. Estas medidas ayudan a mantener unos niveles séricos de Vitamina D adecuados e incluyen controlar de forma habitual niveles de Vitamina D mediante análisis de sangre, promover hábitos de vida saludables, fomentar una alimentación con aporte natural de vitamina D, impulsar la realización de ejercicio físico o simplemente exposición moderada al sol. Si a pesar de estas medidas, sigue existiendo un déficit, el facultativo correspondiente puede prescribir soluciones farmacéuticas que aporten el extra necesario para corregir la carencia.

Bibliografía

- 1.- E.N.A. Zuluaga, V.J.M. Alfaro, G.V. Balthazar, B.K.E. Jiménez and M.G. Campuzano. Vitamina D: nuevos paradigmas. *Medicina & Laboratorio*. 2011; 17(5-6): 211-246. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32282>
- 2.- Larrosa M., Casado E. Protocolo de tratamiento de la deficiencia de vitamina D. *Medicina Clínica*. 2014; 143(12): 95-140. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.03.007>
- 3.- Gilaberte Y, Aguilera J, Carrascosa JM, Figueroa FL, Romaní de Gabriel J, Nagore E. La vitamina D: evidencias y controversias. *Actas Dermosifiliográfica* 2011; 102(8): p. 572-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.03.015>
- 4.- Rodríguez Sangrador M., Beltrán de Miguel B., Quintanilla Murillas L., Cuadrado Vives C., Moreiras Tuny O. Contribución de la dieta y la exposición solar al estatus nutricional de vitamina D en españolas de edad avanzada: Estudio de los Cinco Países (Proyecto OPTIFORD). *Nutrición Hospitalaria*. 2008; 23(6): 567-576. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112008000800008&lng=es.
- 5.- García Fernández E., Luca B.. Patología de la vitamina D. *Medicine*. 2012; 11(16): 961-970. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70411-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70411-0)

Capítulo 60

Diabetes tipo 1: Monitorización flash frente a capilar.

*Cervantes Torres, Laura
Romero Blanco, Cristina
Arévalo Frutos, Isabel María
Ortega Romero, María Isabel
Leal Rico, María Isabel*

DIABETES TIPO 1: MONITORIZACIÓN FLASH FRENTE A CAPILAR



Laura Cervantes Torres; Cristina Romero Blanco; Isabel María Arévalo Frutos; María Isabel Ortega Romero; María Isabel Leal Rico.

INTRODUCCIÓN

En pacientes diabéticos tipo 1 es importante controlar la hemoglobina glicosilada, evitar hipoglucemias y reducir la variabilidad de la glucosa. Las nuevas tecnologías en diabetes intentan mejorar este control.

OBJETIVO

Evaluar los parámetros clínicos de pacientes diabéticos tipo 1 que se costeaban en monitor Flash de glucosa FreeStyle libre frente aquellos que no lo hacían.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes, con muestreo no probabilístico de 206 diabéticos tipo I pertenecientes a un área de salud. Estudio aprobado por el comité de ética del correspondiente área de salud con código C-314. Se tomaron datos sociodemográficos y analíticos.

RESULTADOS

	Free style monitor		p value (X ²)	OR 95%CI	*aOR 95%CI
	No	Yes			
IMC					
Insuficiencia ponderal	4 (57.1)	3 (42.9)		1 (ref)	
Normal	73 (73.7)	26 (26.3)	0.167	3.42 (0.70-16.61)	
Sobrepeso/obesidad	82 (82.0)	18 (18.0)		1.62 (0.82-3.20)	
Fumador					
No	117 (74.5)	40 (25.5)	0.072	1 (ref)	
Sí	42 (85.7)	7 (14.3)		2.05 (0.85-4.93)	
Alcohol					
No	150 (76.9)	45 (23.1)	0.707	1 (ref)	
Sí	9 (81.8)	2 (18.2)		1.35 (0.28-6.48)	
HTA					
No	108 (74.5)	37 (25.5)	0.154	1 (ref)	
Sí	51 (83.6)	10 (16.4)		1.75 (0.81-3.79)	
Hipoglucemias					
Menos de 6	51 (64.6)	28 (35.4)	0.001	1 (ref)	1 (ref)
Más de 6	108 (85.0)	19 (15.0)		3.12 (1.60-6.11)	3.21 (1.44-7.16)
Hiperoglucemias					
Menos de 6	23 (57.5)	17 (42.5)	0.001	1 (ref)	
Más de 6	136 (81.9)	30 (18.1)		3.35 (1.60-7.03)	
Ejercicio					
Sí	95 (76.0)	30 (24.0)	0.615	1 (ref)	
No	64 (79.0)	17 (21.0)		1.19 (0.61-2.33)	
Punciones					
Menos de 4	60 (58.8)	42 (41.2)	<0.001	1 (ref)	1 (ref)
Más de 4	99 (95.2)	5 (4.8)		13.86 (5.20-36.97)	17.56 (6.09-50.64)



VS



	SIN DISPOSITIVO (n=159)		CON DISPOSITIVO (n=47)		p (Kruskal-Wallis)
	Mean	SD	Mean	SD	
GLUCOSA	171.91	59.04	138.19	47.42	<0.001
GLICOSILADA	8.19	1.48	7.17	1.23	<0.001

Tabla 1. Características descriptivas de la población

Tabla 2. Uso del sensor y relación con parámetros sanguíneos.

CONCLUSIONES

La automonitorización flash de glucosa FreeStyle Libre se asocia a mejores niveles de HbA1c y glucosa basal. El uso del sensor también se relaciona con un menor número de hipoglucemias e hiperoglucemias y un menor número de punciones capilares diarias. Esto repercute positivamente en la asistencia sanitaria ya que mejora su calidad de vida y evita las demandas de atención sanitarias debidas a las complicaciones.

Resumen: *Introducción: En la diabetes mellitus I es importante controlar la hemoglobina glicosilada, hipoglucemias y reducir la variabilidad glucémica. Las nuevas tecnologías en diabetes intentan mejorar este control.*

Material y método: participaron 206 diabéticos pertenecientes a un área de salud española, tomando datos sociodemográficos y analíticos.

Resultados: El análisis multivariante mostró diferencias relacionadas con el uso del sensor. Aquellos que portaban el sensor presentaron tanto menor número de hipoglucemias como de punciones diarias. Además, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.001$) con los valores glucémicos.

Conclusión: El uso de los dispositivos de control glucémico permiten un mejor manejo de las complicaciones en el diabético tipo I.

Palabras Clave: *Diabetes mellitus, Hemoglobina A Glicada, Glucemia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento tiene como objetivo mantener unos niveles de glucosa medios adecuados, evaluados a través de la hemoglobina glicosilada tipo A1c (HbA1c) (1).

El tratamiento pretende evitar tanto situaciones de hipoglucemia como de hiperglucemia, con el propósito de evitar complicaciones a corto y largo plazo. Todo esto está unido al importante reto también, de aumentar el tiempo en cifras de glucemia dentro del rango adecuado, de forma que a largo plazo se eviten las complicaciones micro y macrovasculares (2).

Las nuevas tecnologías han avanzado en el campo de la diabetes intentando mejorar la adherencia a los tratamientos, efectuando controles y seguimientos eficaces de los pacientes y mejorando su calidad de vida, y también promoviendo el aprendizaje de los profesionales sanitarios para mejorar la asistencia (3). En este caso hablamos del sistema Flash de monitorización de glucosa FreeStyle Libre, indicado para medir los niveles de glucosa en el líquido intersticial en personas con diabetes mellitus, incluidas las mujeres embarazadas. Este sistema está creado para sustituir las pruebas capilares de glucosa para el autocontrol del paciente con diabetes (4,5).

Objetivos:

El objetivo de este estudio fue evaluar la situación de todos los pacientes diabéticos tipo 1 de nuestro entorno sanitario y valorar si existían diferencias entre los pacientes que portaban estos sensores costeándose los de manera autónoma frente a los que no disponían de él, en cuanto a características generales, parámetros analíticos y complicaciones de la enfermedad.

Material y Método:

Se trata de un estudio de cohortes. Para la selección de los participantes se ha llevado a cabo un muestreo no probabilístico, intencional, que recoge a los pacientes diabéticos tipo I de un área

de salud española, con una muestra de 206 pacientes. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética del correspondiente área de salud con el código C-314. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSSv24.

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por un total de 206 pacientes con DM1, con una edad media de 40,06 años (DE= 15,14), el 40,3% (83) fueron mujeres. La media de años de diabetes fue de 25,54 años (DE= 15,42).

El índice de masa corporal de la muestra fue de 25,53 (DE=4,41). Únicamente el 5,3% (11) consumía alcohol, un 23,8% (49) eran fumadores y el 29,6% (61) eran hipertensos.

La media de punciones capilares diarias fue de 4,45 (DE=3,35) punciones. El 61,7% (127) de los pacientes refirieron tener 6 o más hipoglucemias a la semana, y con respecto a las hiperglucemias un 80,6% (166) tenía 6 o más de seis hiperglucemias por semana. Del total de la muestra no realizaban ejercicio físico un 60,7% (125). Del total de participantes, el 22,8% (47) se costeaban el sensor anteriormente a su financiación.

Al comparar a aquellos que se costeaban el sensor frente a los que no lo hacían, el análisis multivariante mostró diferencias significativas en cuanto el número de hipoglucemias semanales OR 3.21 (95% CI: 1.44-7.16) y el número de punciones diarias OR 17.56 (6.09-50.64). El análisis bivariante también encontró diferencias estadísticamente significativas en el número de hiperglucemias semanales OR 3.35 (1.60-7.03).

A continuación, se valoraron los parámetros sanguíneos con diferencias estadísticamente significativas en la glucosa basal y en la hemoglobina glicosilada ($p < 0.001$). De nuevo, aquellos que se costeaban el sensor presentaron mejores valores en estos parámetros.

Conclusiones:

En los parámetros relacionados con el estilo de vida no se encontraron diferencias significativas. Las variables relacionadas con los distintos grupos de índice de masa corporal, alcohol, fumadores, hipertensos o el ejercicio físico necesitarían ser estudiadas en futuros estudios longitudinales o con mayor tamaño muestral.

Los pacientes que se costeaban el sensor realizaban menos punciones capilares diarias, frente a los que no se lo costeaban. El paciente evita el dolor de la punción, utilizando esta nueva técnica más rápida y sencilla y en cualquier lugar.

La automonitorización flash de glucosa FreeStyle Libre se asocia a mejores niveles de HbA1c y glucosa basal. El uso del sensor también se relaciona con un menor número de hipoglucemias e hiperglucemias, un menor número de punciones capilares diarias y una mejor adherencia al tratamiento diabético.

Es fundamental que la enfermera forme a sus pacientes en el manejo correcto de esta nueva forma de control glucémico y a su vez establezca una educación individualizada respecto al ejercicio físico, así como hacer hincapié en puntos importantes para evitar complicaciones de la enfermedad. Una buena educación sanitaria por parte del profesional sanitario junto con una correcta utilización de FreeStyle Libre podría disminuir las complicaciones a corto y largo plazo en los pacientes diabéticos.

Bibliografía

1.-Stumvoll M, Goldstein BJ, van Haeften TW. Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *The Lancet*. 2005 Apr;365(9467):1333–46.

2.-American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2012 Jan 1;35(Supplement_1):S64–71.

3.-Leelarathna L, Wilmot EG. Flash forward: a review of flash glucose monitoring. *Diabet Med*. 2018 Apr;35(4):472–82.

4.-Danne T, Nimri R, Battelino T, Bergenstal RM, Close KL, DeVries JH, et al. International Consensus on Use of Continuous Glucose Monitoring. *Diabetes Care*. 2017 Dec;40(12):1631–40.

5.-Leelarathna L, Wilmot EG. Flash forward: a review of flash glucose monitoring. *Diabet Med*. 2018 Apr;35(4):472–82.

Capítulo 61

Diabulimia, ¿Qué ocurre cuando coexisten diabetes y trastorno de la conducta alimentaria?

*Álvarez Hernández, César
Ferreiro Tiemblo, Elena
Peral Urbina, Elena*

DIABULIMIA. ¿QUÉ OCURRE CUANDO COEXISTEN DIABETES Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

César Álvarez Hernández. EIR Enfermería Familiar Y Comunitaria. UDM AFYC Ávila

Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. GAP de Ávila

Elena Peral Urbina. Enfermera GAP de Ávila

INTRODUCCIÓN

- **Diabetes mellitus (DM)** → Complicaciones físicas y psicológicas; como **alto riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**. (1)
- **Diabulimia** → Restricción deliberada de insulina, en personas con DM; con el objetivo de perder peso (2).
- Sin la insulina, el nivel de azúcar en sangre aumenta sin control, dejando a las células sin glucosa → Consecuencia: ↓ peso(2).
- Aunque no está incluido en el DSM-V; es una situación cada vez más frecuente; sobre todo en población femenina adolescente (1).

OBJETIVOS

- Realizar búsqueda bibliográfica para conocer la definición actual del término “diabulimia”.
- Detallar el correcto abordaje de la diabulimia; concretando cómo detectarla sus y cuidados de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

ScienceDirect	Pubmed
Scielo	Cochrane
Dialnet	Cuiden

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Español/Inglés.
- Últimos 5 años.
- Texto completo gratuito.

DECS:

- Diabulimia
- Diabetes Mellitus
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Cuidados de enfermería

TRAS LECTURA CRÍTICA SE SELECCIONAN 3 ARTÍCULOS PARA ESTE TRABAJO



RESULTADOS

- Diabulimia → diagnóstico difícil → **sospecha si** (2):

Elevación HbA_{1c}

Cetoacidosis

Fluctuación de peso

Patrón irregular alimentación

- Las personas con DM se preocupan por su dieta debido a su patología; lo que puede convertirse en **la obsesión por no engordar** típica de los TCA (1)
- Es importante una correcta **educación para la salud**; así como permanecer **alerta ante signos de alarma** (3).

CONCLUSIONES

- Se necesitan más estudios que ofrezcan datos de prevalencia.
- Diabulimia → riesgo grave por **consecuencias derivadas de hiperglucemia mantenida** (Retinopatía, daño renal, neuropatía, etc.) (2)
- El equipo implicado en el seguimiento de pacientes con DM debe conocer esta posible complicación; y derivar a los servicios de salud mental si hay sospecha de diabulimia (3).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Hernández Rodríguez J, Ledón Llanes L. Hacia una definición y consenso del término “diabulimia”. Revista Cubana de Endocrinología. 2020;31(1): 150-156. Disponible en: <http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/156/182>
- 2.Durán Agüero S, Lazo C. Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Nutr 2019; 46(3): 352-360. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0352.pdf>
- 3.Kinik MF, Vatansever Z, Volkan F. Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. Turk Pediatri Ars 2017; 52: 46-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396822/>

Resumen: La diabetes mellitus (DM) se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre; y que puede tener complicaciones físicas y psicológicas; como un mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Hemos realizado una revisión bibliográfica para conocer el abordaje de la diabulimia, que es la coexistencia de DM insulino dependiente y TCA. La persona restringe de forma deliberada la dosis de insulina con el objetivo de bajar de peso.

La diabulimia tiene consecuencias graves sobre la salud; pero su diagnóstico es complicado. Por eso el equipo debe identificar los signos de alarma de forma precoz.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Trastorno de la conducta alimentaria
Atención de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Esta enfermedad puede tener complicaciones físicas; pero también psicológicas; y está relacionado con un aumento en el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA)¹.

El término diabulimia no está incluido en el manual de diagnósticos de psiquiatría DSM-V; porque es un concepto reciente, pero actualmente está reconocido por sociedades científicas. Hace referencia a la coexistencia de DM insulino dependiente y TCA, en la que la persona restringe de forma deliberada la dosis de insulina con el objetivo de bajar de peso².

Sin la insulina, el nivel de azúcar en sangre aumenta sin control, dejando a las células sin glucosa, y esto deriva en una disminución de peso³.

Aunque no está incluido en el DSM-V, es una situación cada vez más frecuente, sobre todo en población femenina adolescente¹.

Objetivos:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer la definición actual del término diabulimia.
- Detallar el correcto abordaje de la diabulimia, concretando como detectarla y sus cuidados de enfermería.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Science Direct, Scielo, Dialnet, Pubmed, Cochrane, Nure Investigación, Scopus y Cuiden.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Idiomas español e inglés, artículos de los últimos 5 años; y artículos gratuitos a texto completo.

Para ello se utilizaron los siguientes términos DECS / MESH: Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus), Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos (Feeding and Eating Disorders), Atención de enfermería (Nursing Care); y la palabra clave “diabulimia”. Estos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Se encontraron un total de 95 artículos, y tras lectura de los resúmenes se analizaron un total de 11 artículos. Posteriormente se pasa a realizar una lectura crítica, tras lo cual se incluyen 3 artículos en este trabajo.

Resultados:

Diagnosticar la diabulimia es muy complicado; por lo que el personal implicado en el manejo de pacientes con DM insulino dependiente debe tener especial precaución si existen signos de sospecha; que son¹:

- Elevación de HbA1c (hemoglobina glicosilada); ya que esta cifra mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses; y su elevación indica una glucemia elevada en los últimos meses².

- Cetoacidosis: Cuando existen cuerpos cetónicos en la sangre también indica una elevación de la glucemia mantenida en el tiempo².

- Fluctuación de peso².

- Patrón irregular de alimentación².

Es importante tener en cuenta que a las personas con DM se les inculca una preocupación por mantener su peso corporal dentro de los parámetros de la normalidad; porque es importante debido a su patología. Esta preocupación por su peso, en determinados casos, puede convertirse en una obsesión, lo que es típico de los TCA³.

También influye que cuando se debuta con una DM tipo 1 hay una disminución importante de peso, debido a la hiperglucemia; el cual se estabiliza tras iniciar el tratamiento con insulina. Esta fluctuación de peso puede afectar negativamente a la autoestima de la persona¹.

Por ello, es necesaria una correcta educación para la salud, así como permanecer alerta ante los signos de alarma mencionados anteriormente¹.

Conclusiones:

Como la “diabulimia” es un concepto relativamente nuevo, no hay muchos estudios al respecto, por lo que es necesario realizar más investigaciones; sobre todo que porten datos de prevalencia¹.

Si se da esta situación existe un riesgo grave para la salud, por las consecuencias derivadas de hiperglucemia mantenida en el tiempo; por ejemplo puede darse: retinopatía, daño renal, neuropatía...²

El equipo multidisciplinar debe conocer que existe esta situación, y no dudar en derivar a los recursos de salud mental si existe sospecha clínica².

Bibliografía

- 1.- Hernández Rodríguez J, Ledón Llanes L. Hacia una definición y consenso del término “diabulimia”. Revista Cubana de Endocrinología. 2020;31(1): 150-156. Disponible en: <http://www.reven-docrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/156/182>
- 2.- Durán Agüero S, Lazo C. Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Nutr 2019; 46(3): 352-360. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n3/0717-7518-rchnut-46-03-0352.pdf>
- 3.- Kinik MF, Vatansever Z, Volkan F. Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. Turk Pediatri Ars 2017; 52: 46-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396822/>

Capítulo 62

Diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares.

Arévalo Frutos, Isabel María

Cervantes Torres, Laura

Ramiro Montilla, Pilar

Calderón Carmona, María

Casas Victoria, Pedro

Leal Rico, María Isabel

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ÚLCERAS VASCULARES

INTRODUCCIÓN

Las úlceras vasculares son lesiones con pérdida de sustancia cutánea, producidas por alteraciones en la circulación (venosa o arterial) que afectan a las extremidades inferiores y habitualmente se localizan en el tercio distal de la pierna.

Tienen importantes repercusiones, influyendo en la calidad de vida del paciente y en el consumo de recursos asistenciales y económicos. La atención de pacientes con este tipo de heridas crónicas, supone un reto para aquellos profesionales que los atienden; labor que recae en muchas ocasiones en Atención Primaria.

OBJETIVO PRINCIPAL

Realizar un diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares de miembro inferior.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas al abordaje de heridas crónicas, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos. Se revisaron documentos y guías de práctica clínica tanto en inglés como en español.

RESULTADOS

En la valoración del paciente, si nos detenemos en primer lugar en la historia clínica, podemos encontrar algunos factores predisponentes que nos harán sospechar que nos encontramos ante una úlcera de un tipo u otro. A continuación, debemos realizar una minuciosa exploración del miembro. Para ello, además de observar signos y síntomas, nos ayudaremos del Índice Tobillo-Brazo (ITB). Esta prueba es fundamental para descartar si existe un componente de isquemia. Nos ayudará a decidir si debemos derivar o no al paciente a Vascular y qué tipo de vendaje debemos emplear como tratamiento.

En la siguiente tabla se exponen las características que nos permiten hacer un diagnóstico diferencial entre úlceras venosas e isquémicas.

ÚLCERAS VASCULARES DE MIEMBROS INFERIORES

venosas		isquémicas	
HISTORIA CLÍNICA <ul style="list-style-type: none"> Sexo femenino y edad avanzada (mujeres >60 con antecedentes TVP) Actividad física reducida (movilidad reducida) Bipedestación prolongada Multiparidad Estrechamiento crónico Obesidad. 		<ul style="list-style-type: none"> Fumador DM Obesidad HTA Hiperuricemia ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: ANTECEDENTES DE CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. 	
EXTREMIDAD <ul style="list-style-type: none"> Edemas que empeoran con el día, sensación de piernas cansadas. Signos de IVC: telangiectasias, venas varicosas, dermatitis ocre, lipodermatoesclerosis, corona flebectásica, atrofia blanca El dolor y el edema se reducen al elevar las piernas y con el descanso nocturno 		<ul style="list-style-type: none"> DOLOR EN REPOSO (le despierta por las noches y baja los pies de la cama) No edemas (salvo IC congestiva) Piernas atróficas (atrofia muscular), uñas tróficas Pierna fría, pálida, seca, sin pelo 	
LOCALIZACIÓN DE LA HERIDA <p>Cara interna de la pierna, región supramaleolar. Área de polaina</p>		<p>En el tobillo o debajo del tobillo</p> <p>Sobre prominencias óseas o áreas sometidas a presión</p> <p>Zona periférica (pulpejo, dedos, antepié)</p>	
ASPECTO DE LA HERIDA <p>Tamaño variable, forma oval</p> <p>Bordes: bien delimitados, excavados, irregulares</p> <p>Piel perilesional frágil, macerada. Presencia de eczema perilucero y prurito, dermatitis ocre.</p> <p>Lecho: tejido fibrinoide o tejido granulación</p> <p>Coloración: rosada</p> <p>Temperatura normal</p> <p>Sangrante y muy exudativa</p> <p>Dolor: no(¿?)</p>		<p>Menor tamaño y forma más regular. Múltiples heridas</p> <p>Bordes planos y necróticos</p> <p>Piel perilesional: brillante, tensa, frágil y seca, escamosa.</p> <p>Lecho de la herida: pálido (atrófico) o necrótico (que no deja visualizar la profundidad)</p> <p>Coloración cianótica o pálida</p> <p>Temperatura disminuida (al subir la pierna puede enrojecer o palidecer)</p> <p>No sangra o muy leve. Poco exudado (salvo que haya infección).</p> <p>Muy dolorosa</p>	
PERFUSIÓN: ¿PULSOS? <p>ITB</p> <p>PULSOS PRESENTES</p> <p>Llenado capilar normal (<3 seg)</p> <p>ITB > 0.9</p>		<p>PULSO DÉBIL O AUSENTE (el pulso pedio solo se detecta con doppler)</p> <p>NECESITA REVASCULARIZACIÓN</p> <p>Llenado capilar >3 seg</p> <p>ITB < 0.9 (*)</p>	

- En pacientes con DM o IRC, los datos pueden ser erróneos por la calcificación de las arterias (ITB falsamente elevado, > 1,3). En estos casos, lo recomendable es utilizar el Índice Dedo Brazo o derivar a vascular para valoración.

CONCLUSIONES

Las úlceras vasculares son un tipo de heridas que con frecuencia presentan nuestros pacientes. Realizar un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado debe ser nuestro objetivo para poder llegar a la curación de la herida. Para ello, primero conoceremos su historia clínica. Después, realizaremos una exploración minuciosa de la extremidad, la cual debe incluir pruebas diagnósticas como el ITB. Es fundamental que los profesionales sigamos formándonos continuamente en este ámbito, para poder ofrecer a nuestros pacientes una atención de calidad; manejando correctamente los métodos diagnósticos y los tratamientos que tenemos a nuestro alcance.

Resumen: Las úlceras vasculares son lesiones producidas por alteraciones en la circulación (venosa o arterial) que afectan a las extremidades inferiores. Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer las características que nos ayudan a realizar un diagnóstico diferencial entre úlcera venosa e isquémica. Para ello debemos, en primer lugar, conocer la historia clínica del paciente y hacer una exploración exhaustiva del miembro afectado. Además, se deben emplear técnicas diagnósticas como el índice tobillo-brazo en la valoración del paciente; que nos ayudará para determinar si existe patología arterial periférica.

Palabras Clave: Índice tobillo-brazo, úlcera de pierna, diagnóstico diferencial

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Conferencia Nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.) en su documento publicado en 2018 indica que, a la hora de definir una úlcera de extremidad inferior (UEEI) debemos de considerar como variables mínimas:

- La cronicidad en una herida en la extremidad inferior.
- De inicio espontáneo y/o accidental.
- Cuya etiología pueda referenciarse a una entidad y proceso fisiopatológico únicos en la propia extremidad, y/o de afectación sistémica.

¿Qué determina que podamos diagnosticar una UEEI como úlcera vascular? Como su propia definición indica: “las úlceras vasculares son lesiones con pérdida de sustancia cutánea, producidas por alteraciones en la circulación (venosa o arterial) que afectan a las extremidades inferiores y habitualmente se localizan en el tercio distal de la pierna”.

Las úlceras vasculares tienen importantes repercusiones, influyendo en la calidad de vida del paciente y en el consumo de recursos asistenciales y económicos. La atención a pacientes con este tipo de heridas crónicas, supone un reto para aquellos profesionales que los atienden. Esta labor, recae en muchas ocasiones en los profesionales de Atención Primaria. Cuando nos encontramos ante una UEEI solo sabremos si nos encontramos ante una úlcera vascular si realizamos una correcta anamnesis y exploración. Para ello, debemos de realizar una minuciosa exploración, ayudándonos de técnicas disponibles en consulta como es la realización del Índice Tobillo- brazo.

Objetivos:

Realizar un diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares de miembro inferior.

Material y Método:

Se realizó una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas dedicadas al abordaje de heridas crónicas, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos.

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda en Google Scholar de documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España

como en el contexto internacional sobre el manejo de este tipo de úlceras. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés.

Se analizaron además las referencias bibliográficas de los documentos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de Pubmed, y de Google Scholar

Para ello se utilizaron los siguientes términos DECS / MESH: Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus), Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos (Feeding and Eating Disorders), Atención de enfermería (Nursing Care); y la palabra clave “diabulimia”. Estos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Se encontraron un total de 95 artículos, y tras lectura de los resúmenes se analizaron un total de 11 artículos. Posteriormente se pasa a realizar una lectura crítica, tras lo cual se incluyen 3 artículos en este trabajo.

Resultados:

La CONUEI indicó en el documento publicado en 2018 que el 95% de la totalidad de las úlceras en extremidad inferior se deben a tres de las etiologías; a saber: venosa, isquémica y neuropática. Sabiendo esto, es importante realizar un diagnóstico diferencial entre estas patologías. La úlcera de etiología neuropática (UEN) no se incluye en esta revisión porque en la bibliografía vemos que esta lesión se engloba dentro del concepto de pie diabético y presenta unos criterios clínicos diferenciados.

Una vez sabemos esto, ¿cómo podemos diagnosticar que nos encontramos ante una úlcera vascular? ¿Es arterial o venosa? En la valoración del paciente, si nos detenemos en primer lugar en la historia clínica, podemos encontrar algunos factores predisponentes que nos harán sospechar que nos encontramos ante una úlcera de un tipo u otro. A continuación, debemos realizar una minuciosa exploración del miembro. Para ello, además de observar signos y síntomas, nos ayudaremos del Índice Tobillo-Brazo (ITB). Esta prueba es fundamental para descartar si existe un componente de isquemia.

En las úlceras de etiología venosa el desencadenante fundamental es la hipertensión venosa (HV) secundaria a la disfunción del cierre de las válvulas. Se produce una dilatación venosa, la cual afecta también a la microcirculación del miembro. Como consecuencia, se produce un aumento de la presión intersticial mantenida que alterará el metabolismo de la piel y tejido subcutáneo. Al provocar inflamación e infarto tisular, primero se altera el tejido cutáneo (dando lugar a atrofia blanca y lipodermatoesclerosis) y posteriormente aparecerá la ulceración. Sin embargo, la enfermedad arterial periférica (EAP) se produce debido a un estrechamiento y endurecimiento de las arterias, lo que provoca una disminución del flujo sanguíneo. Una úlcera arterial o isquémica corresponde, en la clasificación de LericheFontaine, con un estadio III-IV de EAP. Cuando nos encontramos en estos estadios finales hablamos de isquemia crítica, lo cual implica mal pronóstico tanto para la extremidad como para la supervivencia.

Tras la realización de esta revisión bibliográfica hemos detectado características que nos permiten diferenciar entre úlceras venosas y arteriales. Hemos realizado un esquema resumen de los mismos. A continuación, exponemos algunos ejemplos en referencia a:

- Historia clínica del paciente: los pacientes con úlceras venosas suelen ser mujeres, con bipedestación prolongada; mientras que en la arterial destacan los fumadores y con antecedentes de claudicación intermitente.

- Extremidad: edemas y dolor que se reducen al elevar las piernas en úlceras venosas y dolor en reposos en las arteriales.

- Localización de la herida: supramaleolar en venosas, en tobillo y sobre prominencias óseas en arteriales.

- Aspecto de la herida: piel perilesional frágil, macerada, tejido fibrinoide, sangrante y exudativa en las venosas; las isquémicas presentan un lecho atrófico o necrótico, son poco exudativas y la piel perilesional es brillante y tensa.

- Perfusión, pulsos e ITB: pulsos presentes e ITB > 0.9 en venosas; pulso débil o ausente en isquémicas. El ITB < 0.9.

El índice tobillo-brazo es un test diagnóstico fácil y rápido que nos permite valorar si existe patología arterial.

Conclusiones:

Cuando una persona acude a consulta porque presenta una herida en miembros inferiores no debemos caer en el error de centrarnos solo en decidir qué apósito voy a utilizar en la cura que voy a realizar. Debemos dar “ese paso atrás” y valorar a la persona que tiene esa herida. Conocer su historia clínica es una parte más de la atención que debemos prestar a estos pacientes. Tras ello, realizaremos una exploración minuciosa de la extremidad, la cual debe incluir pruebas diagnósticas como el ITB. Se ha demostrado que el ITB es una prueba que permite detectar estenosis en las extremidades exploradas con 98% de especificidad.

En conclusión, las úlceras vasculares son un tipo de heridas que con frecuencia presentan nuestros pacientes. Realizar un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado debe ser nuestro objetivo para poder llegar a la curación de la herida. Para ello, es fundamental que los profesionales sigamos formándonos continuamente en este ámbito, para poder ofrecer a nuestros pacientes una atención de calidad; manejando correctamente los métodos diagnósticos y los tratamientos que tenemos a nuestro alcance.

Bibliografía

1.- Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.

2.- Gómez Ayala AE. Úlceras vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. Farmacia profesional [Internet].2008; 22(6):33-38. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13124067&pid_ent_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v22n06a13124067pdf001.pdf

3.- Rabe E, Berboth G, Pannier F. Epidemiology of chronic venous diseases. Wien Med Wochenschr. 2016; 166(9- 10): 260-3.

4. Dua A, Lee CJ. Epidemiology of peripheral arterial disease and critical limb ischemia. Tech Vasc Interv Radiol. 2016; 19(2): 91-5.

5.- Guindo J, Martinezz MD , Gusi G, Punti J, Bermudez P, Martinez A. Métodos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica. Importancia del índice tobillo- brazo como técnica de criba. Rev Esp Cardiol Supl. 2009; 9:11D-7D

Capítulo 63

Dieta Cetogénica como Tratamiento de la Epilepsia Refractaria

*Tabasco Ceca, Milagros
Muñoz Naranjo, Cristina
Fernández Camacho, Cristina*



DIETA CETOGENICA COMO TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA

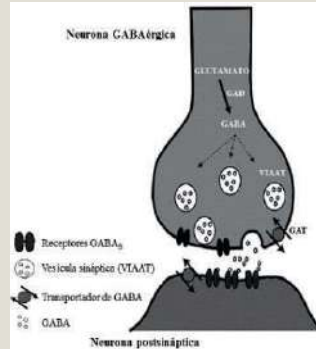
Tabasco Ceca M, Fernández Camacho C, Muñoz Naranjo C.

INTRODUCCION



Epilepsia → enfermedad neurológica de evolución crónica. Se produce por impulsos nerviosos anormales y excesivos. Se controla con fármacos antiepilépticos.

Epilepsia refractaria → no hay respuesta a tres medicamentos anticonvulsivantes. Desde los años veinte, la dieta cetogénica se ha considerado una opción terapéutica frente a este tipo de epilepsia. Su eficacia oscila entre el 30-50% de los casos.



MÉTODO



Revisión bibliográfica:
Cochrane, Scielo, PubMed y Google académico.

- ✓ Desde 2011 hasta 2022.
- ✓ Artículos publicados en español.
- ✓ Palabras clave: epilepsia, dieta cetogénica, epilepsia refractaria.

OBJETIVOS

- Conocer la eficacia de la dieta cetogénica en pacientes con epilepsia refractaria.
- Saber en qué consiste la dieta cetogénica.

RESULTADOS

La **dieta cetogénica** se considera una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la epilepsia refractaria. Se ha demostrado una **eficacia entre el 30-50%**. Los pacientes disminuyen en un 50% el número de convulsiones.

Se caracteriza por tener **alto contenido de grasas**, niveles adecuados de proteínas y bajo contenido en hidratos de carbono, en una proporción 4:1. Se basa en la teoría de que los **cuerpos cetónicos** sintetizados en el hígado son anticonvulsivos al cruzar la barrera hematoencefálica.

En algunos casos, la dieta se debe ajustar, aunque podría disminuir su eficacia.

Efectos adversos a corto y largo plazo:

-**Síntomas gastrointestinales** (diarrea, estreñimiento y reflujo gastroesofágico).

-Aparición de **dislipemia** y como consecuencia problemas cardiovasculares, hipoglucemia, hiponatremia, acidosis metabólica, osteoporosis.

Necesario añadir **suplementos**: calcio, vitamina D, fósforo, magnesio.

CONCLUSIONES

La dieta cetogénica consigue disminuir las convulsiones en más de un 50%. Aun así no está exenta de riesgos, y estos efectos adversos deben conocerse. Es más efectiva en epilepsia refractaria en niños y requiere una educación dietética tanto del niño como de su entorno. Pueden realizarse modificaciones de la dieta en función de las necesidades.

BIBLIOGRAFIA

- Ramírez-Camacho A, Meavilla S, Catalán N, Gutiérrez A, Campistol J. Experiencia con la dieta cetogénica como tratamiento en la epilepsia refractaria. Rev Neurol 2011; 53: 524-30.
- Armeno M, Araujo C, Sotomontesano B, Caraballo RH. Actualización sobre los efectos adversos durante la terapia con dieta cetogénica en la epilepsia refractaria pediátrica. Rev Neurol 2018; XX: XXX-XXX.
- Vásquez-Builes S, Jaramillo-Echeverri P, Montoya-Quinchia L, Apraiz-Henao L. Dieta cetogénica como tratamiento de la epilepsia refractaria durante la infancia. Rev Mex Neuroci 2019; 20(1): 14-20.



Resumen: La epilepsia es una enfermedad neurológica que afecta tanto a niños como a adultos. Se controla con fármacos antiepilépticos, aunque hay un porcentaje de epilepsias que son refractarias a estos fármacos. Es por ello que se ha comprobado la eficacia de la dieta cetogénica en estos casos, considerándose una opción terapéutica ante esta enfermedad. No se conoce con exactitud el mecanismo de acción por el cual la dieta mejora esta enfermedad. Tiene mayor eficacia en niños que en adultos. Como todos los tratamientos, tiene efectos secundarios, sobretudo a nivel gastrointestinal. Requiere una educación dietética. Se puede adaptar según las necesidades del paciente.

Palabras Clave: epilepsia, dieta cetogénica, epilepsia refractaria

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La epilepsia es una enfermedad neurológica grave de evolución crónica que afecta tanto a niños como a adultos. Se controla con fármacos antiepilépticos en la mayoría de los casos. Sin embargo, aproximadamente un 25% de las epilepsias son refractarias al tratamiento farmacológico. Se considera epilepsia refractaria cuando no hay respuesta a tres medicamentos anticonvulsivantes. Desde los años veinte, la dieta cetogénica se ha considerado una opción terapéutica frente a este tipo de epilepsia.

La epilepsia se produce por impulsos nerviosos anormales y excesivos, ya que se produce un desequilibrio entre inhibición y excitación de los principales neurotransmisores (GABA y glutamato).

Los niños menores de doce años parecen generar cetonas con mayor facilidad, sin embargo la dieta ha sido efectiva en pacientes de todas las edades. Su eficacia oscila entre el 30-50% de los casos.

No se conoce muy bien el mecanismo de acción específico por el cual la dieta cetogénica tiene un efecto anticonvulsivo. Hay evidencia que defiende que la dieta cetogénica favorece la síntesis de glutamina.

Objetivos:

Conocer la eficacia de la dieta cetogénica en pacientes con epilepsia refractaria.

-Saber en qué consiste la dieta cetogénica

Material y Método:

Mediante revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Scielo, PubMed y Google académico, se ha realizado búsqueda de artículos con las siguientes características:

- Desde 2011 hasta 2022
- Artículos publicados en español
- Palabras clave: epilepsia, dieta cetogénica, epilepsia refractaria

Resultados:

La dieta cetogénica se considera una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la epilepsia refractaria. Se ha demostrado una eficacia entre el 30-50%. Los pacientes disminuyen en un 50% el número de convulsiones.

Se caracteriza por tener alto contenido de grasas, niveles adecuados de proteínas y bajo contenido en hidratos de carbono, en una proporción 4:1. Se basa en la teoría de que los cuerpos cetónicos sintetizados en el hígado son anticonvulsivos al cruzar la barrera hematoencefálica.

En algunos casos, la dieta se debe ajustar, aunque podría disminuir su eficacia.

Esta dieta tiene efectos adversos a corto y largo plazo, como los síntomas gastrointestinales (diarrea, estreñimiento y reflujo gastroesofágico), aparición de dislipemia y como consecuencia problemas cardiovasculares, hipoglucemia, hiponatremia, acidosis metabólica, osteoporosis...Es necesario añadir suplementos a la dieta que incluyan calcio, vitamina D, fósforo, magnesio...

Conclusiones:

La dieta cetogénica consigue disminuir las convulsiones en más de un 50%. Aun así no está exenta de riesgos, y estos efectos adversos deben conocerse. Es más efectiva en epilepsia refractaria en niños y requiere una educación dietética tanto del niño como de su entorno. Pueden realizarse modificaciones de la dieta en función de las necesidades.

Bibliografía

- 1.- Ramirez-Camacho A, Meavilla S, Catalán N, Gutiérrez A, Campistol J. Experiencia con la dieta cetogénica como tratamiento en la epilepsia refractaria. Rev Neurol 2011; 53: 524-30.
- 2.- Armeno M, Araujo C, Sotomontesano B, Caraballo RH. Actualización sobre los efectos adversos durante la terapia con dieta cetogénica en la epilepsia refractaria pediátrica. Rev Neurol 2018; XX: XXX-XXX.
- 3.- Vásquez-Builes S, Jaramillo-Echeverri P, Montoya-Quinchia L, Apraez-Henao L. Dieta cetogénica como tratamiento de la epilepsia refractaria durante la infancia. Rev Mex Neuroci 2019; 20(1): 14-20.

Capítulo 64

Drenaje ventricular externo: Manejo y cuidados de enfermería

*Sánchez-Camacho Lozano, Antonio
Mateos-Aparicio Sevilla, Esther
Rodríguez Ramos, Rocío*

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES: *Sánchez-Camacho Lozano, Antonio; Mateos-Aparicio Sevilla, Esther; Rodríguez Ramos, Rocío.*
CENTRO DE TRABAJO: *Hospital General La Mancha Centro*

SATSE

Introducción

El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es la inserción de un catéter en el ventrículo lateral cerebral con salida hacia el exterior para el control de la presión intracraneal (PIC) y/o drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR). También se puede emplear para la administración de medicación intratecal o para la toma de muestras de LCR. La indicación más habitual del DVE es el drenaje del LCR en el tratamiento de la hidrocefalia aguda secundaria a hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraventricular/cerebral, infección del sistema nervioso central (SNC) o traumatismo craneoencefálico (TCE).



Objetivos

- Elaborar pautas para el correcto manejo y cuidados del DVE por parte de los profesionales de enfermería.
- Disminuir la incidencia de infecciones que sufren los pacientes portadores de DVE.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos Medline, Scielo, Cochrane Library y Google Académico.

Resultados

Después de la revisión bibliográfica presentamos una serie de pautas a nivel general y para la realización de distintas técnicas a pacientes portadores de DVE:

- Vigilancia neurológica estrecha.
- Control de temperatura.
- Posición del paciente: decúbito supino con la cabeza alineada y cabecero entre 25-30°, excepto contraindicación por fracturas vertebrales.
- Asepsia previa a su manipulación: lavado de manos con solución hidroalcohólica y guantes estériles.
- Manipular el drenaje lo menos posible para evitar el riesgo de infección, cura oclusiva con técnica estéril.
- Mantener el cero del depósito colector a la altura del conducto auditivo externo (CAE) salvo que el facultativo indique otra altura.
- Vigilar la permeabilidad del sistema.
- Registrar el volumen, aspecto y color del LCR. En condiciones normales el LCR es transparente. Si este líquido es turbio y de color amarillento es indicativo de infección, en caso de líquido de color rojizo estaremos ante una posible hemorragia activa y en el caso de que el LCR tenga un ligero tinte ámbar nos encontraremos ante un indicativo de sangrado antiguo.
- Cerraremos el drenaje durante la aspiración de secreciones, debido a que puede ser una técnica molesta para el paciente y puede provocar un aumento de la PIC y por tanto, un aumento de la cantidad de drenaje de LCR.
- Vaciado de bolsa colectora cuando ocupe las tres cuartas partes de esta, manteniendo el DVE cerrado para evitar el cambio brusco de presión.

Conclusión

Como hemos visto en esta revisión bibliográfica el papel de enfermería es esencial a la hora de evitar posibles complicaciones derivadas del mal manejo, siendo la infección la principal complicación asociada. Además, enfermería también tiene un papel muy importante a la hora de identificar los distintos signos de alarma que puedan estar asociados a una mala evolución de este tipo de pacientes neurológicos, por lo que sería conveniente tener conocimientos actualizados para un correcto manejo de los DVE.

Por todo lo expuesto anteriormente se requieren unos cuidados de enfermería estandarizados que aseguren la máxima calidad en los mismos.

Resumen: El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es una herramienta diagnóstica y terapéutica para los pacientes neurológicos graves. Además de monitorizar la presión intracraneal, el DVE se utiliza en casos de Hemorragia Intracraneal (HIC) o hidrocefalia, ya que permite drenar el líquido cefalorraquídeo (LCR). Dado que el riesgo de infección es alto, el manejo inadecuado del DVE puede provocar infecciones en el sistema nervioso central incrementando las tasas de mortalidad de estos individuos. El equipo de enfermería es fundamental para la asistencia de estos pacientes neurológicos. El presente trabajo se centra en los cuidados de enfermería que deben aplicarse a estos pacientes.

Palabras Clave: LCR, Cuidados de enfermería, Presión intracraneal

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es la inserción de un catéter en el ventrículo lateral cerebral con salida hacia el exterior para el control de la presión intracraneal (PIC) y/o drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR). También se puede emplear para la administración de medicación intratecal o para la toma de muestras de LCR.

La indicación más habitual del DVE es el drenaje del LCR en el tratamiento de la hidrocefalia aguda secundaria a hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraventricular/cerebral, infección del sistema nervioso central (SNC) o traumatismo craneoencefálico (TCE).

Objetivos:

- Elaborar pautas para el correcto manejo y cuidados del DVE por parte de los profesionales de enfermería.
- Disminuir la incidencia de infecciones que sufren los pacientes portadores de DVE.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos Medline, Scielo, Cochrane Library y Google Académico.

Resultados:

Después de la revisión bibliográfica presentamos una serie de pautas a nivel general y para la realización de distintas técnicas a pacientes portadores de DVE:

- Vigilancia neurológica estrecha.
- Control de temperatura.
- Posición del paciente: decúbito supino con la cabeza alineada y cabecero entre 25-30°, excepto contraindicación por fracturas vertebrales.
- Asepsia previa a su manipulación: lavado de manos con solución hidroalcohólica y guantes estériles.

- Manipular el drenaje lo menos posible para evitar el riesgo de infección, cura oclusiva con técnica estéril.

- Mantener el cero del depósito colector a la altura del conducto auditivo externo (CAE) salvo que el facultativo indique otra altura.

- Vigilar la permeabilidad del sistema.

- Registrar el volumen, aspecto y color del LCR. En condiciones normales el LCR es transparente. Si este líquido es turbio y de color amarillento es indicativo de infección, en caso de líquido de color rojizo estaremos ante una posible hemorragia activa y en el caso de que el LCR tenga un ligero tinte ámbar nos encontraremos ante un indicativo de sangrado antiguo.

- Cerraremos el drenaje durante la aspiración de secreciones, debido a que puede ser una técnica molesta para el paciente y puede provocar un aumento de la PIC y por tanto, un aumento de la cantidad de drenaje de LCR.

- Vaciado de bolsa colectora cuando ocupe las tres cuartas partes de esta, manteniendo el DVE cerrado para evitar el cambio brusco de presión.

La movilización del paciente portador de DVE es uno de los momentos más críticos en la actividad diaria del personal de enfermería. Como se ha nombrado anteriormente, la posición del cuerpo del paciente es un punto esencial para controlar parámetros como la oxigenación cerebral y la PIC.

- Cuando se moviliza al paciente portador de DVE se debe tener en cuenta una serie de acciones para intentar que durante esta movilización los parámetros nombrados anteriormente no se alteren demasiado. Dentro de estas acciones una de las más importantes es clampar el drenaje mientras se realiza la movilización, este clampaje no deberá ser superior a 30 min, por lo que es muy importante minimizar el tiempo de esta movilización.

- Una vez realizada la movilización colocaremos al paciente en decúbito supino con el cabecero elevado y respetando la alineación del cuerpo, se abrirá el drenaje inmediatamente después de colocar el paciente en la posición correcta y se comprobará la altura del recipiente colector.

Administración de medicación y toma de muestras:

Lo más importante en estas técnicas es mantener la asepsia dado que una de las complicaciones más importantes es la infección. En ambas técnicas realizaremos un estricto lavado de manos y utilizaremos guantes estériles.

Normalmente se administran antibióticos (vancomicina) tanto de forma terapéutica, por infección de LCR como de forma profiláctica. Hay diversos factores que debemos tener en cuenta:

- Administrar la menor cantidad de líquido posible.

- Dejar pinzado el DVE durante una hora para asegurar la acción terapéutica. Una vez pasada esta hora comprobar permeabilidad y altura del colector.

- Vigilar signos y síntomas de intolerancia.

La recogida de muestras de LCR se realizará con técnica aséptica y siempre desde la conexión más proximal a la cabeza del paciente. No realizar nunca la obtención de la muestra de la bolsa colectora debido a la rápida degradación de los componentes celulares. Si es posible la obtención

de la muestra se hará coincidir con la administración de medicación intratecal de esta manera evitaremos la manipulación innecesaria y los cambios bruscos en las PIC

Una vez realizada la obtención de la muestra la pondremos en el tubo de recogida de muestras correctamente identificado y comprobaremos la permeabilidad del drenaje, así como su colocación.

Conclusiones:

Como hemos visto en esta revisión bibliográfica el papel de enfermería es esencial a la hora de evitar posibles complicaciones derivadas del mal manejo, siendo la infección la principal complicación asociada. Además, enfermería también tiene un papel muy importante a la hora de identificar los distintos signos de alarma que puedan estar asociados a una mala evolución de este tipo de pacientes neurológicos, por lo que sería conveniente tener conocimientos actualizados para un correcto manejo de los DVE.

Por todo lo expuesto anteriormente se requieren unos cuidados de enfermería estandarizados que aseguren la máxima calidad en los mismos.

Bibliografía

1.- Fried HI, Nathan BR, Shaun RA, Zabramski JM, Andaluz N, Bhimraj A et al. The Insertion and Management of External Ventricular Drains: An Evidence-Based Consensus Statement. *Neurocrit Care* 2016;24:61-81.

2.- Bratton SL, Chestnut RM, Ghajar J, McConnell-Hammond FF, Harris OA, Harti R et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2007;24:45-54.

3.- Santana RC. Los cuidados enfermeros desde la visión en neurociencias. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*. 2019(17):1-5.

4.- Sánchez IR. Cuidados postquirúrgicos del drenaje ventricular externo. Actuación integral de Enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*. 2018(119):67-71.

Capítulo 65

Educación sanitaria al paciente portador de reservorio venoso subcutáneo

Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, Jesús Manuel

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTANEO

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)



INTRODUCCIÓN

El reservorio venoso subcutáneo es un dispositivo metálico de pequeño tamaño que consta de una cámara con superficie de silicona donde se pincha. Esta cámara está conectada a un catéter (tubo de pequeño tamaño). El catéter va por debajo de la piel hasta llegar a una vena de calibre grueso. Generalmente se colocan en el tórax, pero también pueden implantarse en otras partes del cuerpo como el brazo o la zona inguinal. Con frecuencia, la búsqueda y punción de venas periféricas resulta dolorosa y traumática en ciertos pacientes, provocando gran frustración tanto en el paciente como en el personal de enfermería. Por ello, los reservorios venosos subcutáneos van ganando terreno de manera progresiva al facilitar un acceso duradero al terreno vascular, proporcionando al paciente la terapéutica recomendada en cada patología, de forma rápida, cómoda, segura y con mínimas complicaciones.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es poner en conocimiento la necesidad de un adecuado cuidado por parte del paciente que asegure el mantenimiento y permeabilidad del reservorio para sus sucesivas utilizaciones. De ahí la importancia de una buena educación sanitaria a cargo de la enfermera de Atención Primaria al paciente portador de reservorio, proporcionándole seguridad en el manejo y cuidado del mismo.

METODOLOGÍA

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados del paciente portador de reservorio venoso subcutáneo.

RESULTADOS

- Si el paciente no recibe tratamiento, no precisa ningún cuidado especial. Podrá ducharse y asearse con total normalidad.
- Si esta recibiendo tratamiento, mantener el apósito limpio y seco.
- Si el reservorio no se está utilizando, es importante limpiarlo con suero fisiológico y sellarlo con heparina por parte de su enfermera de atención primaria.
- Se recomienda el uso de prendas que no produzcan roces y prevenir la irritación por encima y alrededor del reservorio.
- Evitar la fricción con el cinturón de seguridad, si el reservorio esta situado en el tórax.
- Cuando sea atendido en cualquier servicio sanitario, avisar de que es portador de reservorio para su utilización por parte de enfermería.
- Si va a realizarse alguna prueba médica, no olvidarse de notificar que lleva reservorio.
- Podrá realizar ejercicio, con precaución con aquellos que conlleven movimientos repetitivos (pesas, golf...).
- Vigilar signos de infección (eritema, dolor, supuración...).
- Ante cualquier duda, el personal de enfermería estará preparado para solucionarla.

CONCLUSIONES

Es el personal de enfermería quien está familiarizado con el manejo del reservorio y quien deberá asegurar el adecuado cuidado del mismo por parte del paciente. Sólo con una buena educación conseguirá su colaboración para un óptimo mantenimiento que alargue la vida del reservorio y minimice el riesgo de infecciones y/o complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gonda SJ, Li R. Principles of subcutaneous port placement. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2011 Dec;14(4):198-203
- Walser EM. Venous access ports: indications, implantation technique, follow-up, and complications. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012 Aug;35(4):751-64
2. Icon A, Beguiristain A, Reservorios subcutáneos. *Experiencia personal. Cirugía Española* 1995; 58 : 530-532
3. Información para pacientes con Port a Cath [Internet]. Madrid: MD Anderson Center. Educación al paciente. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/informacion-para-pacientes>

Resumen: Con frecuencia, la búsqueda y punción de venas periféricas resulta dolorosa y traumática en ciertos pacientes, provocando gran frustración tanto en el paciente como en el personal de enfermería. Por ello, los reservorios venosos subcutáneos van ganando terreno de manera progresiva al facilitar un acceso duradero al terreno vascular, proporcionando al paciente la terapéutica recomendada en cada patología, de forma rápida, cómoda, segura y con mínimas complicaciones. Es el personal de enfermería quien está familiarizado con el manejo del reservorio y quien deberá asegurar el adecuado cuidado del mismo por parte del paciente. Sólo con una buena educación conseguirá su colaboración para un óptimo mantenimiento que alargue la vida del reservorio y minimice el riesgo de infecciones y/o complicaciones.

Palabras Clave: Catéter, Educación sanitaria, Acceso vascular.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El reservorio venoso subcutáneo es un dispositivo metálico de pequeño tamaño que consta de una cámara con superficie de silicona donde se pincha. Esta cámara está conectada a un catéter (tubo de pequeño tamaño). El catéter va por debajo de la piel hasta llegar a una vena de calibre grueso. Generalmente se colocan en el tórax, pero también pueden implantarse en otras partes del cuerpo como el brazo o la zona inguinal. Con frecuencia, la búsqueda y punción de venas periféricas resulta dolorosa y traumática en ciertos pacientes, provocando gran frustración tanto en el paciente como en el personal de enfermería. Por ello, los reservorios venosos subcutáneos van ganando terreno de manera progresiva al facilitar un acceso duradero al terreno vascular, proporcionando al paciente la terapéutica recomendada en cada patología, de forma rápida, cómoda, segura y con mínimas complicaciones.

Objetivos:

El objetivo de este estudio es poner en conocimiento la necesidad de un adecuado cuidado por parte del paciente que asegure el mantenimiento y permeabilidad del reservorio para sus sucesivas utilizaciones. De ahí la importancia de una buena educación sanitaria a cargo de la enfermera de Atención Primaria al paciente portador de reservorio, proporcionándole seguridad en el manejo y cuidado del mismo.

Material y Método:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library, consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados del paciente portador de reservorio venoso subcutáneo.

Resultados y Conclusiones:

Si el paciente no recibe tratamiento, no precisa ningún cuidado especial. Podrá ducharse y asearse con total normalidad. Si está recibiendo tratamiento, mantener el apósito limpio y seco. Si el reservorio no se está utilizando, es importante limpiarlo con suero fisiológico y sellarlo con heparina por parte de su enfermera de atención primaria. Se recomienda el uso de prendas que

no produzcan roces y prevenir la irritación por encima y alrededor del reservorio. Evitar la fricción con el cinturón de seguridad, si el reservorio está situado en el tórax. Cuando sea atendido en cualquier servicio sanitario, avisar de que es portador de reservorio para su utilización por parte de enfermería. Si va a realizarse alguna prueba médica, no olvidarse de notificar que lleva reservorio. Podrá realizar ejercicio, con precaución con aquellos que conlleven movimientos repetitivos (pesas, golf...). Vigilar signos de infección (eritema, dolor, supuración...). Ante cualquier duda, el personal de enfermería estará preparado para solucionarla. Es el personal de enfermería quien está familiarizado con el manejo del reservorio y quien deberá asegurar el adecuado cuidado.

Bibliografía

1.- Gonda SJ, Li R. *Principles of subcutaneous port placement. Tech Vasc Interv Radiol. 2011 Dec; 14(4):198-203.*

2.- Walser EM. *Venous access ports: indications, implantation technique, follow-up, and complications. Cardiovasc Intervent Radiol. 2012.*

3.- Icon A, Beguiristain A, *Reservorios subcutáneos. Experiencia personal. Cirugía Española 1995; 58: 530-532.*

Capítulo 66

Efectividad de la Hidroterapia como Tratamiento en la Enfermedad de Parkinson

*Carlavilla Jiménez, Carolina
Navarro Burgos, Esther*

EFFECTIVIDAD DE LA HIDROTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Carlavilla Jiménez, C ; Navarro Burgos, E

SATSE

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico degenerativo que afecta al 0,5-1% de los adultos en países occidentales que se asocia a bradicinesia, rigidez, temblor progresivo, inestabilidad postural y debilidad muscular. El ejercicio, la actividad física y la fisioterapia, son fundamentales dentro de un programa de rehabilitación integral, junto con el tratamiento de los médicos. Recientemente se ha propuesto la hidroterapia como una innovadora estrategia de rehabilitación para el tratamiento de síntomas motores y la calidad de vida en EP. Los ejercicios acuáticos se han utilizado especialmente cuando, en condiciones normales de gravedad, el ejercicio es difícil y doloroso.

OBJETIVO

Determinar la efectividad de la hidroterapia en la mejora de las capacidades funcionales y/o físicas de las personas con enfermedad de Parkinson.

BIBLIOGRAFÍA

- Carroll LM, Volpe D, Morris ME, Saunders J, Clifford AM. Aquatic Exercise Therapy for People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2017;98(4).
- Clerici I, Maestri R, Bonetti F, Ortelli P, Volpe D, Ferrazzoli D, et al. Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of freezing of gait in Parkinson disease: A randomized controlled trial. Phys Ther. 2019;99(5).
- Palamara G, Gotti F, Maestri R, Bera R, Gargantini R, Bossio F, et al. Land Plus Aquatic Therapy Versus Land-Based Rehabilitation Alone for the Treatment of Balance Dysfunction in Parkinson Disease: A Randomized Controlled Study With 6-Month Follow-Up. Arch Phys Med Rehabil. 2017;98(6).
- Pérez De La Cruz S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: A randomized clinical trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(6).
- Pérez-de la Cruz S. A bicentric controlled study on the effects of aquatic Ai Chi in Parkinson disease. Complement Ther Med. 2018;36.
- Silva AZ da, Israel VL. Effects of dual-task aquatic exercises on functional mobility, balance and gait of individuals with Parkinson's disease: A randomized clinical trial with a 3-month follow-up. Complement Ther Med. 2019;42.
- Volpe D, Giantin MG, Maestri R, Frazzitta G. Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. Clin Rehabil. 2014;28(12).
- Volpe D, Giantin MG, Manuela P, Filippetto C, Pelosin E, Abbruzzese G, et al. Water-based vs. non-water-based physiotherapy for rehabilitation of postural deformities in Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. Clin Rehabil. 2017;31(8).
- Volpe D, Pavan D, Morris M, Guiotto A, Iansek R, Fortuna S, et al. Underwater gait analysis in Parkinson's disease. Gait Posture. 2017;52.
- Zhu Z, Yin M, Cui L, Zhang Y, Hou W, Li Y, et al. Aquatic obstacle training improves freezing of gait in Parkinson's disease patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2018;32(1).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de ensayos clínicos publicados en las bases de datos Medline y PEDro que incluyeran artículos sobre la hidroterapia y la enfermedad de Parkinson. Se excluyeron aquellos artículos que estudian variables que no son aspectos funcionales y/o físicos, y aquellos que estudien varias enfermedades neurológicas.

RESULTADOS

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 38 artículos. Tras eliminar duplicados, proceder a la lectura del texto completo y evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se redujo la búsqueda a 5 artículos.

CONCLUSIÓN

Los estudios indican que los ejercicios realizados en el agua tienen efectos positivos sobre la condición física y funcional de las personas con enfermedad de Parkinson. Sin embargo, futuros estudios son necesarios para confirmar estos hallazgos.

PALABRAS CLAVE: Hidrotherapy, Parkinson.

Resumen: La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico degenerativo que se asocia a bradicinesia, rigidez, temblor progresivo, inestabilidad postural y debilidad muscular. El ejercicio y la fisioterapia, son fundamentales dentro de un programa de rehabilitación integral. **Objetivo:** Determinar la efectividad de la hidroterapia en la mejora de la funcionalidad de las personas con EP. Se realizó una revisión de ensayos clínicos publicados en las bases de datos Medline y PEDro. **Conclusión:** Los estudios indican que los ejercicios realizados en el agua tienen efectos positivos sobre la condición física y funcional de las personas con enfermedad de Parkinson.

Palabras Clave: Hidrotherapy, Parkinson, Parkinson disease

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico degenerativo. Los pacientes suelen presentar bradicinesia, rigidez, temblor progresivo, inestabilidad postural y debilidad muscular. También se observa disminución en la calidad de vida. Los pacientes con EP tienden a mover su centro de gravedad hacia delante, lo que dificulta realizar movimientos compensatorios y ajustes de equilibrio, lo que conduce a caídas frecuentes.

La Enfermedad de Parkinson se asocia a reducción en la longitud del paso y en la velocidad de la marcha, además de la congelación de la marcha hasta en la mitad de los pacientes con Parkinson. La congelación de la marcha se define como una incapacidad transitoria episódica para realizar pasos efectivos.

El tratamiento farmacológico ha modificado el curso natural de la enfermedad, pero estos fármacos no varían la disfunción del equilibrio y este síntoma empeora con el tiempo conduciendo a caídas.

El ejercicio, la actividad física y la fisioterapia, son fundamentales dentro de un programa de rehabilitación integral, junto con el tratamiento de los médicos. La terapia acuática es una forma de ejercicio para personas con EP temprana, unido a un entrenamiento de fuerza y de resistencia progresiva.

Objetivos:

El objetivo del siguiente trabajo es determinar la efectividad de la hidroterapia en la mejora de las capacidades funcionales y/o físicas de las personas con enfermedad de Parkinson.

Material y Método:

Para la elaboración del trabajo de desarrollo, se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos MEDLINE (Pubmed) y PEDro.

Todas las búsquedas fueron limitadas por el idioma (inglés, francés y español), el tipo de publicación (incluyendo únicamente ensayos clínicos aleatorizados) y la especie (Humans). Se estableció como límite de antigüedad 10 años desde la publicación de los ensayos clínicos aleatorizados.

Las palabras clave utilizadas para la realización de la búsqueda fueron: Hidrotherapy, Parkinson.

La calidad metodológica de los artículos seleccionados tras el uso de los filtros y la selección mediante una lectura crítica utilizando los criterios de inclusión y exclusión, fue valorada usando la escala PEDro. Se dividieron los estudios según su calidad metodológica en tres grupos: calidad alta (de 9 a 11 puntos), intermedia (de 5 a 8 puntos) y baja (de 4 a 0 puntos). Los estudios de baja calidad fueron eliminados.

Resultados:

En la búsqueda, se encontraron inicialmente un total de 38 artículos que reunían criterios de selección. Tras eliminar los duplicados, realizar la lectura de texto completo y evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se redujo la búsqueda a un total de cinco artículos.

Discusión:

La terapia acuática está asociada a mejoras en la función motora tal y como se representa en la Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson. Además la terapia acuática es factible y segura. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la longitud del paso, el ancho del paso o el tiempo de paso.

En otro estudio en el que comparan el tratamiento acuático más la rehabilitación en tierra con solo tratamiento en tierra, no observan mejorías mayores en el grupo intervención que en el grupo control donde solo incluyen el tratamiento en tierra. Sin embargo, si se observa que la terapia acuática a los 6 meses de seguimiento muestra beneficios en el equilibrio, sugiriendo que los ejercicios específicos realizados en el medio acuático (como componentes de una rehabilitación intensiva en tierra) podrían ser beneficiosos a largo plazo.

La terapia acuática proporciona un refuerzo positivo debido a sus características: la presión hidrostática soporta el cuerpo sumergido y crea una gravedad reducida-donde las transferencias del peso corporal ocurren a una velocidad menor, dando lugar a un entorno más seguro en el que se reduce el riesgo de lesiones y ayuda a superar el miedo a las caídas. Además la flotabilidad del agua descarga las articulaciones, mejorando así su movilidad y contribuyendo a una flexibilidad mecánica. La viscosidad del agua al inducir la resistencia de los movimientos corporales hace que se activen los ajustes posturales, siendo esencial para el entrenamiento del equilibrio.

Un tratamiento multidisciplinar de rehabilitación intensiva permite reducir la congelación de la marcha. Añadir la terapia acuática a este tratamiento no aporta más beneficios añadidos pero podría ser una estrategia complementaria para el tratamiento de la congelación de la marcha.

El programa de ejercicios acuáticos mejora la movilidad funcional, el equilibrio y la marcha en las personas con enfermedad de Parkinson. Sin embargo, el ejercicio acuático de doble tarea necesita más estudios para mejorar la comprensión de sus beneficios en las evaluaciones funcionales y físicas.

El tratamiento de hidroterapia es factible y, de forma general, más efectivo que la terapia de rehabilitación en tierra estándar. En el grupo experimental los pacientes mostraron mejores resultados en la prueba de alcance funcional instrumental, en escalas de equilibrio, en el resultado de caídas y en el cuestionario PDQ39 en comparación con el tratamiento en tierra. Únicamente el test Timed Up and Go no mostró una mejora significativa.

Conclusión:

Los estudios indican que los ejercicios realizados en el agua tienen efectos positivos sobre la condición física y funcional de las personas con enfermedad de Parkinson. Se trata de un tipo de rehabilitación que merece la pena considerar por los profesionales de la salud como complemento al tratamiento médico y rehabilitador. Sin embargo, debido a la muestra pequeña de los estudios, su calidad metodológica y sus limitaciones, futuros estudios son necesarios para confirmar estos hallazgos y que nos permitan obtener conclusiones más sólidas sobre sus beneficios.

Bibliografía

1.- Carroll LM, Volpe D, Morris ME, Saunders J, Clifford AM. Aquatic Exercise Therapy for People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(4).

2.- Clerici I, Maestri R, Bonetti F, Ortelli P, Volpe D, Ferrazzoli D, et al. Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of freezing of gait in Parkinson disease: A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2019;99(5).

3.- Palamara G, Gotti F, Maestri R, Bera R, Gargantini R, Bossio F, et al. Land Plus Aquatic Therapy Versus Land-Based Rehabilitation Alone for the Treatment of Balance Dysfunction in Parkinson Disease: A Randomized Controlled Study With 6-Month Follow-Up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(6).

4.- Silva AZ da, Israel VL. Effects of dual-task aquatic exercises on functional mobility, balance and gait of individuals with Parkinson's disease: A randomized clinical trial with a 3-month follow-up. *Complement Ther Med.* 2019;42.

5.- Volpe D, Giantin MG, Maestri R, Frazzitta G. Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2014;28(12).

Capítulo 67

Efectividad de la Magnetoterapia en la Artrosis de Rodilla Revisión Bibliográfica

*Navarro Burgos, Esther
Carlavila Jiménez, Carolina*

EFECTIVIDAD DE LA MAGNETOTERAPIA EN LA ARTROSIS DE RODILLA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Navarro Burgos, E; Carlavilla Jiménez, C

INTRODUCCIÓN

La artrosis es la enfermedad articular degenerativa y progresiva más común, caracterizada por dolor localizado y movilidad reducida, con implicaciones en la calidad de vida y en la carga socioeconómica.

En concreto la artrosis de rodilla (AR) tiene una alta prevalencia

Existen múltiples tratamientos como la medicación y la fisioterapia, dentro de la cual se encontraría la magnetoterapia.

SATSE

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia y los efectos de la magnetoterapia en el tratamiento conservador de la artrosis de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos de ciencias de la salud (Medline, The Cochrane library y PEDro).

Palabras clave: "*osteoarthritis knee*", "*arthrosis*" y "*magnenotherapy*", "*magnetic field therapy*"

Se descartaron los artículos duplicados, y los que no encajaban con el tema o los objetivos citados en este trabajo, por hablar de otras localizaciones y enfermedades y de otro tipo de terapias

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Finalmente y tras la lectura de aquellos artículos que no fueron descartados se seleccionaron 6 artículos.

Los resultados y las conclusiones que se extraen de esta revisión son que la magnetoterapia parece una opción terapéutica prometedora para la AR, ya que preserva la microarquitectura subcondral del hueso trabecular, previene la pérdida de este tipo de hueso y aumenta la síntesis del hueso y cartílago.

Desde una perspectiva clínica, se demuestra que la intervención es eficaz en términos de alivio del dolor y mejora de la funcionalidad, el rendimiento físico y la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mauro GL, Scaturro D, Gimigliano F, Paoletta M, Liguori S, Toro G, et al. Physical Agent Modalities in Early Osteoarthritis: A Scoping Review. *Medicina* 2021, 57, 1165. <https://doi.org/10.3390/medicina57111165>
2. Chen L. et al. Effects of pulsed electromagnetic field therapy on pain, stiffness and physical function in patients with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Rehabil Med* 2019; 51: 821–82
3. Gian Luca Bagnato et al. Pulsed electromagnetic fields in knee osteoarthritis: a double blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Rheumatology* 2016;55:755-762
4. Iannitti et al. Pulsed electromagnetic field therapy for management of osteoarthritis-related pain, stiffness and physical function: clinical experience in the elderly. *Clinical Interventions in Aging* 2013;8: 1289–1293.
5. Gremion G, MD, Gaillard D, BSc PhT, Leyvraz PF, MD et al. Effect of biomagnetic therapy versus physiotherapy for treatment of knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2009; 41: 1090–1095

Resumen: La artrosis es la enfermedad articular degenerativa y progresiva más común, caracterizada por dolor y movilidad reducida. Una de las zonas más frecuentes es la artrosis de rodillas (AR).

Hay múltiples tratamientos como la medicación y la fisioterapia, dentro de la cual estaría la magnetoterapia, técnica sobre la que versa este trabajo, y cuyo objetivo es demostrar su eficacia.

Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica de la cual se extrajo que la magnetoterapia parece una prometedora opción terapéutica para la AR, ya que preserva la microarquitectura del hueso, alivia el dolor y mejora la calidad de vida.

Palabras Clave: "arthrosis" y "magnenotherapy", término mesh: - "osteoarthritis knee" and "magnetic field therapy"

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La artrosis es la enfermedad articular degenerativa y progresiva más común, caracterizada por dolor localizado y movilidad reducida, con implicaciones relevantes tanto en la calidad de vida de los pacientes afectados como en la carga socioeconómica [1,3,4,5,].

Las principales características patológicas de la OA son la degeneración del cartílago articular e hiperplasia reactiva del margen articular y del hueso subcondral, que puede resultar en dolor crónico, rigidez y discapacidad física (2).

En general, la artrosis ocurre principalmente en las áreas que soportan peso, como las caderas, la columna vertebral, y las rodillas las cuales tienen la prevalencia más alta entre las personas ancianas y de mediana edad (2,3,).

En la actualidad, los objetivos principales de la terapia conservadora para la AR son aliviar el dolor y mejorar la movilidad articular mediante tratamientos como la medicación oral, la inyección intraarticular de fármacos y la fisioterapia y como última opción la artroplastia total de rodilla aunque esta no es adecuada para todos los pacientes (2); Además, la artroplastia total de rodilla no puede ser una solución permanente porque los pacientes a menudo necesitan una nueva operación después de los 20 años.

Por lo tanto, es necesario validar otros tratamientos efectivos para retrasar o evitar las opciones quirúrgicas (2), como por ejemplo la magnetoterapia de aquí el objetivo de esta revisión bibliográfica.

Objetivos:

Comprobar la eficacia y los efectos de la magnetoterapia en el tratamiento conservador de la artrosis de rodilla.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos de ciencias de la salud (Medline, The Cochrane library y PEDro).

Se utilizaron los descriptores "*osteoarthritis knee* , "*arthrosis*" y "*magnenotherapy*", "*magnetic field therapy*" relacionados mediante el operador booleano AND y la opción de términos Mesh.

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en inglés y castellano) y otro que sólo incluyera aquellos que estuviesen disponibles gratuitamente a texto completo .

Se descartaron los artículos duplicados, y los que no encajaban con el tema o los objetivos citados en este trabajo, por hablar de otras enfermedades y localizaciones y de otro tipo de terapias

Resultados y Conclusiones:

Finalmente y tras la lectura de aquellos artículos que no fueron descartados se seleccionaron 6 artículos.

Los resultados y las conclusiones que se extraen de esta revisión son que la magnetoterapia parece una opción terapéutica prometedora para la AR, ya que preserva la microarquitectura subcondral del hueso trabecular, previene la pérdida de este tipo de hueso y aumenta la síntesis del hueso y cartílago (1,3).

Desde una perspectiva clínica, se demuestra que la intervención es eficaz en términos de alivio del dolor y mejora de la funcionalidad, el rendimiento físico y la calidad de vida (1, 3, 4,5).

Bibliografía

1.- Mauro GL, Scaturro D, Gimigliano F, Paoletta M, Liguori S, Toro G, et all . Physical Agent Modalities in Early Osteoarthritis: A Scoping Review. *Medicina* 2021, 57, 1165. <https://doi.org/10.3390/medicina57111165>

2.- Chen L. et al. Effects of pulsed electromagnetic field therap on pain, stiffness and physical function in patients with knee osteoarthritis: A systematic review an mefa-analysis of randomized controlled trial. *Rehabil Med* 2019; 51: 821–82

3.- Gian Luca Bagnato et al. Pulsed electromagnetic fields in knee osteoarthritis: a double blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Rheumatology* 2016;55:755 762

4.- Iannitti et al. Pulsed electromagnetic field therapy for management of osteoarthritis-related pain, stiffness and physical function: clinical experience in the elderly. *Clinical Interventions in Aging* 2013;8 1289–1293.

5.- Gremion G, MD, Gaillard D,BSc PhT, Leyvraz PF, MD et al. Effect of biomagnetic therapy versus physiotherapy for treatment of knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2009; 41: 1090–1095

Capítulo 68

Efectividad del Decúbito Prono en el Distrés Respiratorio

López Ruiz, Cecilia María

Díaz Gallego, César

Moreno Quesada, María Esther

Luminita Tentea, Laura

Carpintero Lozano, Soraya

EFECTIVIDAD DEL DECÚBITO PRONO EN EL DISTRÉS RESPIRATORIO

AUTORES: López Ruiz C.M; Díaz Gallego C; Moreno Quesada E; Tentea Laura L; Carpintero Lozano S;

INTRODUCCIÓN

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una alteración aguda y severa de la estructura de la función pulmonar, caracterizado por una disminución de la distensibilidad y capacidad pulmonar residual secundario a la lesión inflamatoria de la membrana alveolo capilar, provocando un aumento de la permeabilidad y por consiguiente un edema pulmonar difuso, generando una hipoxemia severa. El decúbito prono (DP) es una medida adicional al tratamiento que mejora la distribución del aire a través de los pulmones, mediante la colocación del paciente acostado boca abajo.

OBJETIVOS

Analizar la efectividad del DP como estrategia terapéutica en adultos con SDRA en unidades de cuidados intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática en Medline, Pubmed, CINAHL, Instituto de Joanna Brigs, Biblioteca Cochrane e Instituto Médico Español. Publicados entre los años 2014-2022. Ensayos clínicos aleatorizados controlados, sin grupo control, no aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Inestabilidad hemodinámica.
Aritmia aguda.
Traumatismo facial.
Politraumatismos.
Convulsiones frecuentes.
Patología abdominal.
Embarazo a partir 2º trimestre de gestación.
Heridas abiertas abdominales.
Cirugía cardíaca-oftálmica-abdominal reciente.
Hipertensión intracraneal (PIC>25mmHg).
Inestabilidad vertebral o pélvica.
Grandes quemados.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Traqueostomía reciente
Anomalías significativas en la caja torácica
Presión abdominal elevada (PIA>20mmHg)
Embarazo en el primer trimestre

RESULTADOS

La primera búsqueda arroja un resultado de 84 estudios de los cuales se seleccionaron 9 estudios. Abordando los aspectos en la pregunta de investigación, estos estudios apoyan la efectividad que tiene el posicionamiento de DP frente al distrés respiratorio, ya que mejora la oxigenación desde el primer minuto.

Todos los estudios consideran el DP como una medida terapéutica utilizada ante hipoxemias severas refractarias a la ventilación mecánica con una $PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg, mejorando la oxigenación pulmonar en zonas bien perfundidas pero mal ventiladas por el colapso alveolar, logrando que las zonas no dependientes de ventilación se expandan, un aumento del volumen pulmonar al final de la espiración y previene de posibles lesiones pulmonares que el respirador pudiera provocar distribuyendo de forma más uniforme el volumen corriente a través del reclutamiento alveolar.

Las revisiones mas actuales recomiendan que la técnica suponga unas 24 horas de duración, implementando maniobras de reclutamiento alveolar para acortar los ciclos de decúbito prono. Hemos de decir que existe controversia sobre la efectividad y la complejidad de la técnica, ya que entraña una serie de riesgos y complicaciones, requiriendo una preparación y coordinación muy rigurosa del equipo que la realiza, además de los cuidados y atenciones una vez realizada.

CONCLUSIONES

La maniobra de DP ha demostrado ser una técnica de gran impacto sobre la fisiología respiratoria ya que mejora el intercambio gaseoso desde los primeros minutos de su utilización, redistribuyendo el aire en las zonas pulmonares colapsadas. La incidencia de complicaciones del DP es cada vez menor, debido a la cualificación del personal sanitario que actúa a través de protocolos, haciéndole una técnica cada vez más segura e implementándose cada vez más en UCI.

Esta técnica disminuye significativamente la mortalidad de pacientes en estado grave-moderado con SDRA, aunque no está exenta de complicaciones como la aparición de edemas y úlceras por presión en zona bucal, facial, torácica, abdominal o en miembros, posible extubación y obstrucción del tubo endotraqueal, retirada accidental de accesos vasculares, drenajes y sondas, inestabilidad hemodinámica del paciente, aparición de eventos de origen cardiológico.

BIBLIOGRAFÍA



Resumen: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una alteración aguda y severa de la estructura de la función pulmonar, caracterizado por una disminución de la distensibilidad y capacidad pulmonar residual secundario a la lesión inflamatoria de la membrana alveolo capilar, provocando un aumento de la permeabilidad y por consiguiente un edema pulmonar difuso, generando una hipoxemia severa. El decúbito prono (DP) es una medida adicional al tratamiento que mejora la distribución del aire a través de los pulmones, mediante la colocación del paciente acostado boca abajo.

Palabras Clave: Síndrome de distrés respiratorio agudo, Decúbito prono, Ventilación mecánica

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una alteración aguda y severa de la estructura de la función pulmonar, caracterizado por una disminución de la distensibilidad y capacidad pulmonar residual secundario a la lesión inflamatoria de la membrana alveolo capilar, provocando un aumento de la permeabilidad y por consiguiente un edema pulmonar difuso, generando una hipoxemia severa. El decúbito prono (DP) es una medida adicional al tratamiento que mejora la distribución del aire a través de los pulmones, mediante la colocación del paciente acostado boca abajo.

Objetivos:

Analizar la efectividad del DP como estrategia terapéutica en adultos con SDRA en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Material y Método:

Revisión sistemática en Medline, Pubmed, CINAHL, Instituto de Joanna Brigs, Biblioteca Cochrane e Instituto Médico Español. Publicados entre los años 2014-2022. Ensayos clínicos aleatorizados controlados, sin grupo control, no aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Resultados y Conclusiones:

La primera búsqueda arroja un resultado de 84 estudios de los cuales se seleccionaron 9 estudios. Abordando los aspectos en la pregunta de investigación, estos estudios apoyan la efectividad que tiene el posicionamiento de DP frente al distrés respiratorio, ya que mejora la oxigenación desde el primer minuto. Todos los estudios consideran el DP como una medida terapéutica utilizada ante hipoxemias severas refractarias a la ventilación mecánica con una $PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg, mejorando la oxigenación pulmonar en zonas bien perfundidas pero mal ventiladas por el colapso alveolar, logrando que las zonas no dependientes de ventilación se expandan, un aumento del volumen pulmonar al final de la espiración y previene de posibles lesiones pulmonares que el ventilador pudiera provocar distribuyendo de forma más uniforme el volumen corriente a través del reclutamiento alveolar. Las revisiones más actuales recomiendan que la técnica suponga unas 24 horas de duración, implementando maniobras de reclutamiento alveolar para acortar los ciclos

de decúbito prono. Hemos de decir que existe controversia sobre la efectividad y la complejidad de la técnica, ya que entraña una serie de riesgos y complicaciones, requiriendo una preparación y coordinación muy rigurosa del equipo que la realiza, además de los cuidados y atenciones una vez realizada.

Conclusiones:

La maniobra de DP ha demostrado ser una técnica de gran impacto sobre la fisiología respiratoria ya que mejora el intercambio gaseoso desde los primeros minutos de su utilización, redistribuyendo el aire en las zonas pulmonares colapsadas. La incidencia de complicaciones del DP es cada vez menor, debido a la cualificación del personal sanitario que actúa a través de protocolos, haciéndole una técnica cada vez más segura e implementándose cada vez más en UCI. Esta técnica disminuye significativamente la mortalidad de pacientes en estado grave-moderado con SDRA, aunque no está exenta de complicaciones como la aparición de edemas y úlceras por presión en zona bucal, facial, torácica, abdominal o en miembros, posible extubación y obstrucción del tubo endotraqueal, retirada accidental de accesos vasculares, drenajes y sondas, inestabilidad hemodinámica del paciente, aparición de eventos de origen cardiológico.

Bibliografía

- 1.- Jardiel Budria S. Soriano Juste M. Pisa Mayoral A. Beltrán Puig G. Martín Serrano L. Revista Sanitaria de Investigación. 2021.
- 2.- Morales F.B. Bermúdez Z.V. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en síndrome de distrés respiratorio agudo asociado a COVID-19. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2021; 86(629), 58-67.
- 3.- Gonzalez Ruiz CA. Rentería Día FJ. Martínez Zubieta R. Cerón Díaz UW. Impacto del decúbito prono en el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda en pacientes COVID19 bajo ventilación mecánica invasiva. Med Crit. 2020; 34(6):326-329
- 4.- Freixes Marimon M. Garrido Huguet E. Roca Biosca A. El decúbito prono como estrategia terapéutica para la mejora del síndrome de distrés respiratorio agudo. Metas de Enfermería. 2017; 20(1): 57-63.
- 5.- Hidalgo Fabrellas I. Rebollo Pavón M. Maceiras Bertolo B. Barriga González M. Giro Roca E. Decúbito prono: una técnica para mejorar la hipoxemia del síndrome de distrés respiratorio agudo. Metas de Enfermería. 2014; 17(9): 11-14.

Capítulo 69

Efectividad del Masaje Perineal para la reducción de los Traumatismos en el Periné durante el embarazo

*Carlavilla Jiménez, Carolina
Navarro Burgos, Esther*

EFECTIVIDAD DEL MASAJE PERINEAL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS EN EL PERINÉ DURANTE EL EMBARAZO.

Carlavilla Jiménez, C, Navarro Burgos, E

SATSE

INTRODUCCIÓN

El parto vaginal suele venir acompañado de un traumatismo en el tracto genital como consecuencia de una episiotomía, de desgarros espontáneos, o de ambos. Estas lesiones tienen un impacto negativo en la calidad de vida y producen una demanda de cuidados y gastos. Además, el traumatismo perineal se asocia con morbilidad a corto y largo plazo. El masaje perineal digital prenatal durante el último mes de embarazo, es seguro y bien tolerado, y es una técnica sencilla y fácil de utilizar.

OBJETIVO: Determinar los efectos del masaje perineal durante el embarazo sobre la incidencia del traumatismo del periné tras el parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de ensayos clínicos publicados en las bases de datos Medline, PEDro y Cochrane Library que incluyeran artículos sobre el traumatismo perineal tras el parto y el masaje perineal. Se excluyeron aquellos artículos que realizaron la aplicación del masaje perineal durante el parto, aquellos cuyo objetivo era el estudio de los efectos de la aplicación de un determinado aceite y aquellos cuyo objeto de estudio era el desarrollo de una aplicación.

RESULTADOS

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 18 artículos. Tras eliminar duplicados, proceder a la lectura del texto completo y evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se redujo la búsqueda a dos artículos.

CONCLUSIONES

La aplicación de masaje perineal parece demostrar una incidencia menor de traumatismos perineales tras el parto, al realizarse durante las últimas semanas del embarazo.

PALABRAS CLAVE

Masaje perineal, trauma perineal, prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson FWJ, Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2005 Nov [cited 2017 Apr 2];91(2):116–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16168989>
- Kopas M Lou. A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2014 May [cited 2017 Apr 2];59(3):264–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850283>
- Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Beckmann MM, editor. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013 Apr 30 [cited 2017 Apr 2];(4):CD005123. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
- Fritel X. [Pelvic floor and pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil* [Internet]. 2010 May [cited 2017 Apr 2];38(5):332–46. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958910000871>
- Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Apr 2];122(9):1157–65. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13431>
- Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *Am Fam Physician* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2017 Apr 2];89(5):335–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695503>
- Takeuchi S, Horiuchi S. Feasibility of a Smartphone website to support antenatal Perineal massage in pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1).
- de Freitas SS, Cabral AL, de Melo Costa Pinto R, Resende APM, Pereira Baldon VS. Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2019;30(6).
- Ugwu EO, Iferikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018;44(7).
- Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*. 2017;50.

Resumen: El parto vaginal suele venir acompañado de un traumatismo en el tracto genital como consecuencia de una episiotomía, de desgarros espontáneos, o de ambos. Además, el traumatismo perineal se asocia con morbilidad a corto y largo plazo. **Objetivo:** Determinar los efectos del masaje perineal durante el embarazo sobre la incidencia del traumatismo del periné tras el parto. Se realizó una revisión de ensayos clínicos publicados en las bases de datos Medline, PEDro y Cochrane Library. **Conclusión:** La aplicación de masaje perineal parece demostrar una incidencia menor de traumatismos perineales tras el parto, al realizarse durante las últimas semanas del embarazo.

Palabras Clave: Perineal massage, Perineal trauma, Prevention

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Durante el nacimiento, se puede producir un traumatismo del tracto genital. Este traumatismo del tracto genital puede producirse debido a episiotomías, desgarros espontáneos o a ambos.

Las tasas generales de traumatismo genital permanecen altas. Estas tasas son elevadas especialmente en mujeres que dan a luz a su primer bebé. Este traumatismo puede asociarse con efectos a corto y largo plazo. Durante los primeros días tras el parto, experimentan dolor o malestar perineal. Sin embargo, aquellas mujeres que dan a luz y presentan un periné intacto, presentan menos dolor en los siguientes días postparto.

Otro malestar común tras el parto es la dispareunia. Las mujeres que presentaron un periné intacto, en comparación con aquellas que sufrieron un trauma perineal, es probable que comiencen con las relaciones sexuales antes y presenten menos dolor.

El traumatismo perineal se asocia a incontinencia urinaria, lesiones en el esfínter anal o en las mucosas, e incontinencia anal.

La morbilidad asociada al parto vaginal es grande. Por ello cualquier método probado que reduzca la probabilidad del traumatismo genital debe ser considerado.

El masaje perineal digital prenatal durante el último mes de embarazo, es seguro y bien tolerado. Puede aumentar la flexibilidad de los músculos del periné, lo que permitiría un mayor estiramiento en el momento del parto sin producirse desgarros o sin necesidad de realizar episiotomía.

Las mujeres que nunca han tenido un parto vaginal previo y durante el último mes de embarazo realizan el masaje perineal digital, presentan menos traumatismo perineal durante el parto que aquellas que no lo han realizado (principalmente menos episiotomías).

Objetivos:

El objetivo de la siguiente revisión bibliográfica es determinar los efectos del masaje perineal durante el embarazo sobre la incidencia del traumatismo del periné tras el parto.

Material y Método:

Para la elaboración de la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos MEDLINE (Pubmed), PEDro y Cochrane Library. Posteriormente se realizó una búsqueda manual de la bibliografía de las publicaciones obtenidas.

Todas las búsquedas fueron limitadas por el idioma (inglés, francés y español), el tipo de publicación (incluyendo únicamente ensayos clínicos aleatorizados), el sexo (Female) y la especie (Humans). Se estableció como límite de antigüedad 5 años desde la publicación de los ensayos clínicos aleatorizados.

Las palabras clave utilizadas para la realización de la búsqueda fueron: masaje perineal, trauma perineal y revisión.

La calidad metodológica de los artículos seleccionados tras el uso de los filtros, fue valorada usando la escala PEDro. Se dividieron los estudios según su calidad metodológica en tres grupos: calidad alta (de 9 a 11 puntos), intermedia (de 4 a 8 puntos) y baja (de 0 a 3 puntos). Los estudios de baja calidad fueron eliminados.

Resultados:

En la búsqueda, se encontraron inicialmente un total de 18 artículos que reunían criterios de selección. Tras eliminar los duplicados, realizar la lectura de texto completo y evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados, se redujo la búsqueda a un total de dos artículos

Discusión:

Los resultados del estudio de Ugwu EO et al. demuestran que el masaje perineal puede prevenir el traumatismo perineal durante el parto y además disminuye, en mujeres nulíparas, la incidencia de episiotomía. En el estudio de León-Larios F et al. los resultados demuestran un beneficio para aquellas mujeres que pertenecían al grupo intervención. Se observa un aumento del periné intacto, una reducción de la episiotomía y reducción del dolor tras el parto.

En el estudio de Ugwu EO. et al. se muestra que la incidencia de episiotomía en el grupo intervención es menor que en el grupo control. Esta reducción de la tasa de episiotomía es probable que pudiese reducir el dolor postparto en la mujer, sugiriendo que la necesidad de analgesia tras el parto este disminuida. En el estudio de León-Larios F. et al. se observa que el grupo intervención tiene una segunda fase del parto más corta que el grupo control, así como un aumento de la tasa de periné intacto y reducción de la tasa de episiotomía y dolor tras el parto.

En uno de los estudios, también se observa una reducción de la incidencia de incontinencia de gases. Esta reducción se debe probablemente a una mayor incidencia de perinés intactos. Aunque no se observaron diferencias significativas en la incidencia de incontinencia urinaria e incontinencia fecal.

En el estudio de León-Larios F et al. suponen que el programa del grupo intervención (masaje perineal y ejercicios de suelo pélvico) aumenta la probabilidad de tener mejores resultados perineales, sin embargo, no pueden atribuir estos efectos de forma separada a una técnica u otra.

Conclusiones:

En conclusión, aunque ambos trabajos tienen limitaciones como un tamaño muestral pequeño, la dificultad de medir con exactitud algunos parámetros a la hora de hacer el masaje perineal, los resultados de los estudios parecen demostrar una incidencia menor de traumatismos perineales tras el parto, al realizarse durante las últimas semanas del embarazo, el masaje perineal.

Sin embargo, uno de los estudios realiza un programa conjunto de ejercicios de suelo pélvico más masaje, y no se sabe si los efectos son gracias al masaje perineal, a los ejercicios de suelo pélvico o ambos.

Por tanto, se necesitan nuevos estudios con mayor calidad metodológica que superen las limitaciones de los anteriores estudios y que nos permitan obtener conclusiones más sólidas de los beneficios del masaje perineal en las mujeres embarazadas.

Bibliografía

1.- Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Beckmann MM, editor. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2013 Apr 30 [cited 2017 Apr 2];(4):CD005123. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

2.- Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. BJOG [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Apr 2];122(9):1157–65. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13431>

3.- Seehusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. Am Fam Physician [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2017 Apr 2];89(5):335–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695503>

4.- Ugwu EO, Iferikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. J Obstet Gynaecol Res. 2018;44(7).

5.- Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. Midwifery. 2017;50.

Capítulo 70

Efectividad del uso de aromaterapia para reducir el dolor durante el trabajo de parto.

*Ferreiro Tiemblo, Elena
Peral Urbina, Elena
Álvarez Hernández, César
Ferreiro Tiemblo, Mónica*

XIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

EFFECTIVIDAD DEL USO DE AROMATERAPIA PARA REDUCIR EL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. GAP de Ávila.

Elena Peral Urbina. Enfermera GAP de Ávila.

César Álvarez Hernández. EIR Enfermería Familiar Y Comunitaria. UDM AFYC Ávila

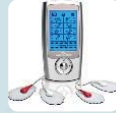
Mónica Ferreiro Tiemblo. Fisioterapeuta. Clínica de fisioterapia "Kiko".

INTRODUCCIÓN

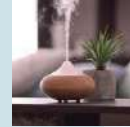
- **Dolor del parto:** Preocupa a las mujeres embarazadas → Sentimientos contradictorios como temor y ansiedad, excitación y alegría (1).
 - Tensión y miedo : ↑ sensación dolorosa (1).
- Para disminuir el dolor se utilizan (2):

Terapias farmacológicas

Terapias no farmacológicas



TENS



Aromaterapia



Acupuntura



Inyección de agua estéril

OBJETIVOS

- Búsqueda bibliográfica para conocer la efectividad de la aromaterapia para reducir el dolor en el parto.
- Describir otros beneficios de la aromaterapia durante el trabajo de parto.

METODOLOGÍA

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

ScienceDirect	Pubmed
Scielo	Cochrane
Dialnet	Cuiden

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Español / Inglés.
- Últimos 5 años.
- Artículos gratuitos a texto completo.

DeCS.

- Parto obstétrico.
- Dolor.
- Aromaterapia.

TRAS LECTURA CRÍTICA DE LOS ARTÍCULOS SE SELECCIONARON 3 PARA ESTE TRABAJO

RESULTADOS

- Diferentes técnicas de **AROMATERAPIA**: Masaje, difusor, inhalado... (3)
- Los estudios señalan una **mejor tolerancia al dolor durante el parto** (2).
- La aromaterapia tiene otros beneficios durante el parto; como (1):

BENEFICIOS FÍSICOS

- Disminuye la fatiga.
- Acorta las etapas del parto.
- Disminuye las contracciones.
- Disminuye náuseas y vómitos.

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

- Disminuye la ansiedad.
- Disminuye le temor.
- Disminuye el estrés.



CONCLUSIONES

- La **AROMATERAPIA** es una técnica sencilla de utilizar, y puede utilizarse en diferentes formas; pudiendo así **individualizar la atención**, aplicando la técnica que más se ajuste a las necesidades de la mujer (3).
- Disminuye la cantidad de fármacos necesaria durante el trabajo de parto, por lo que reduce también los efectos secundarios derivados de los medicamentos (1).
- Por todos estos beneficios, es una técnica que debe ofrecerse a las mujeres durante el parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón Castiblanco C, Corral Ibarra R. Utilidad de la aromaterapia en el parto y postparto. 2020. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4346/USO%20DE%20AROMATERAPIA%20FINAL%201%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Dámaso Fernández A, García Castro I, López Carrillo J, Santiago García R, Sanz López B. Alternativas no farmacológicas en el dolor de parto. Salud y cuidados durante el desarrollo. 2017. 1(32): 225-230. Disponible en: <https://formacionasunivp.com/files/publicaciones/LIBRO%205%20SALUD%20Y%20CUIDADOS%20FINAL.pdf#page=225>
3. Angarita-Navarro AM, Casas-Cárdenas PD, López-Aguirre JP. Uso de aromaterapia en gestantes: Una revisión de la literatura. Revista ciencia y cuidado. 2022. 19(1): 107-118. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3092/3616>

Resumen: *Para reducir el dolor de parto se usan terapias farmacológicas y no farmacológicas. En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica para conocer la efectividad de la aromaterapia para reducir el dolor de parto.*

La aromaterapia usa aceites esenciales, mediante distintas técnicas, que pueden adaptarse a las necesidades de cada mujer. Ayuda a reducir el dolor durante el parto, debido a su efecto sobre el cerebro.

Además, la aromaterapia tiene otros beneficios durante el parto tanto a nivel físico como psicológico; que hace que se reduzca el uso de fármacos; y disminuye por tanto los efectos secundarios.

Palabras Clave: *Parto obstétrico, Dolor, Aromaterapia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor durante el trabajo de parto es un tema que preocupa a la mayor parte de las mujeres embarazadas. Ellas tienen sentimientos contradictorios acerca del parto; pueden sentir temor o ansiedad a la vez que alegría o excitación. Además, estos miedos provocan una sensación de tensión que hace que aumente la sensación dolorosa¹.

Para tratar el dolor durante el trabajo de parto se utilizan diferentes técnicas. Tradicionalmente las terapias más usadas han sido las farmacológicas; sobre todo la anestesia epidural. Sin embargo, debido a sus efectos secundarios, los estudios más recientes recomiendan disminuir su uso; y proponer alternativas no farmacológicas como coadyudante. Las terapias no farmacológicas más usadas son: TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), inyecciones de agua estéril, acupuntura o aromaterapia².

Objetivos:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer la efectividad de la aromaterapia para reducir el dolor en el parto.
- Describir otros beneficios de la aromaterapia durante el trabajo de parto.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Science Direct, Scielo, Dialnet, Pubmed, Cochrane, Nure Investigación, Scopus y Cuiden.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Idiomas español e inglés, artículos de los últimos 5 años; y artículos gratuitos a texto completo.

Para ello se utilizaron los siguientes términos DECS / MESH: Parto Obstétrico (Delivery, Obstetric), Dolor (Pain) y Aromaterapia (Aromatherapy); que se combinaron con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Se encontraron un total de 95 artículos, y tras lectura de los resúmenes se analizaron un total de 11 artículos. Posteriormente se pasa a realizar una lectura crítica, tras lo cual se incluyen 3 artículos en este trabajo.

Resultados y Conclusiones:

La aromaterapia es una técnica que funciona mediante la estimulación de los receptores olfativos de la nariz, que luego envían mensajes por el sistema nervioso al sistema límbico (la parte del cerebro que controla las emociones). Para ello se utilizan diferentes aceites esenciales, mediante distintas técnicas: con masajes, con un difusor o de forma inhalada³.

Los estudios realizados hasta el momento están de acuerdo en que la aromaterapia en cualquiera de sus formas no elimina completamente el dolor durante el trabajo de parto, como puede hacer la anestesia epidural. Sin embargo, debido al efecto que estos aceites esenciales tienen sobre el cerebro, relajan, fomentan el estado de calma, ayudan a respirar mejor, alivian las náuseas y pueden mejorar la tolerancia al dolor².

Además, la aromaterapia tiene otros efectos beneficiosos durante el embarazo y el parto y los más destacables son¹:

- Efectos físicos: Disminuye la fatiga, acorta las etapas del trabajo de parto, disminuye las contracciones, disminuye las náuseas y vómitos¹.
- Efectos psicológicos: Disminuye la ansiedad, disminuye el estrés y disminuye el temor y la tensión que este provoca¹.

Conclusiones:

La aromaterapia es una técnica sencilla de utilizar, y que tiene diferentes modalidades de uso; pudiendo así individualizar la atención, aplicando la técnica que más se ajuste a las necesidades de la mujer. Cada persona siente unos efectos diferentes según el aceite esencial utilizado, y su forma de administración; aunque en relación al dolor la mayoría de las mujeres coinciden en que la lavanda es el que una mayor mejoría les produce³.

Además de los efectos beneficiosos que se han mencionado, se ha demostrado que el uso de técnicas no farmacológicas como la aromaterapia disminuye la cantidad de fármacos necesaria durante el trabajo de parto, por lo que reduce también los efectos secundarios derivados de los medicamentos. Esto además ayuda a una pronta recuperación de la mujer durante el puerperio².

Por todos estos beneficios, es una técnica que debe ofrecerse a las mujeres durante el parto; y sobre la que deben formarse los profesionales implicados en este proceso³.

Sin embargo, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Aunque no hay unanimidad al respecto, en general no se recomienda el uso de aromaterapia durante el primer trimestre de embarazo, a excepción del de limón para el tratamiento de las náuseas inhalado, y la menta en casos de hiperémesis gravídica¹.
- Si la mujer tiene pensado utilizar aromaterapia durante el parto, es recomendable probar los aromas antes de ello; para conocer cuales le provocan unos efectos más beneficiosos¹.
- Es muy importante conocer la dosis de aceite esencial que se debe utilizar, y no excederla¹.

Bibliografía

1.- Calderón Castiblanco C, Corral Ibarra R. Utilidad de la aromaterapia en el parto y postparto. 2020. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4346/USO%20DE%20AROMATERAPIA%20FINAL%201%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Dámaso Fernández A, García Castro I, López Carrillo J, Santiago García R, Sanz López B. Alternativas no farmacológicas en el dolor de parto. Salud y cuidados durante el desarrollo. 2017. 1(32): 225-230. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%205%20SALUD%20Y%20CUIDADOS%20FINAL.pdf#page=225>Bibliografía 3

3. Angarita-Navarro AM, Casas-Cárdenas PD, López-Aguirre JP. Uso de aromaterapia en gestantes: Una revisión de la literatura. Revista ciencia y cuidado. 2022. 19(1): 107-118. Disponible en:<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3092/361>

Capítulo 71

Efectividad del vendaje funcional en el esguince de tobillo.

Ramiro Montilla, Pilar Arévalo Frutos, Isabel María

EFFECTIVIDAD DEL VENDAJE FUNCIONAL EN EL ESGUINCE DE TOBILLO

Ramiro Montilla, Pilar; Arévalo Frutos, Isabel M

SATSE

INTRODUCCIÓN

Una amplia proporción de lesiones en tobillos son diagnosticadas como esguinces. Se trata de una inversión forzada que afecta al LLE.

El tratamiento inicial es la inmovilización.

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer la efectividad en nuestra práctica clínica del vendaje funcional frente a la inmovilización tradicional en esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos.

Criterios de inclusión: estudios realizados desde el 2018 hasta la actualidad.



RESULTADOS

Varios de los estudios revisados demostraron mejora en la fuerza muscular, propiocepción y equilibrio. Por otro lado, no existieron diferencias significativas con respecto al control postural, estabilidad articular o funcionalidad.

Aunque son muchas las indicaciones de este vendaje, es fundamental el conocimiento y manejo por parte del profesional, dado que una mala aplicación puede agravar la lesión.

CONCLUSIONES

Ante un esguince de tobillo, el vendaje funcional aporta estabilidad, permitiendo una movilidad selectiva y manteniendo la movilidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Muñoz-Barrenechea, I. A., Garrido-Beroiza, M. A., Achiardi, O., Serón, P., & Marzuca-Nassr, G. N. (2019). Revisión sistemática de la efectividad funcional del vendaje neuromuscular en sujetos con inestabilidad de tobillo. *Medwave*, 19(04).
- (2) Pérez, P. C., Barranco, V. G., Carreras, E. F., Sangüesa, J. C., Campillo, P. L., & López, C. B. (2021). Vendaje funcional en el esguince de ligamento lateral externo de tobillo. Revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10), 232.
- (3) Catalán Rodríguez, D. E., Sierra Pérez, M., Ceballos Sánchez, J. A., & Rendón Macías, M. E. (2018). Tratamiento de esguince de tobillo grado II en adultos laboralmente activos: Inmovilización contra vendaje funcional. *Revista de sanidad militar*, 72(3-4), 240-245.

Resumen: Una amplia proporción de lesiones en tobillos son diagnosticadas como esguinces: una distensión forzada que afecta al ligamento lateral externo. El tratamiento inicial es la inmovilización, la cual puede realizarse de forma tradicional o con vendaje funcional. Varios de los estudios revisados arrojan evidencia acerca de la efectividad del vendaje funcional frente al tradicional.

Palabras Clave: Vendaje Neuromuscular, Esguince, Inmovilización

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una gran proporción de lesiones en tobillos son diagnosticadas como esguinces. Se trata de una distensión forzada del ligamento lateral externo (LLE). El tratamiento inicial es la inmovilización, elevación del miembro afectado, reposo relativo y frío local.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer la efectividad en nuestra práctica clínica del vendaje funcional o neuromuscular frente a la inmovilización tradicional en esta frecuente patología.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Cochrane, Dialnet) utilizando las palabras clave.

Como criterios de exclusión establecimos el tiempo; todos los estudios revisados son desde el 2018 hasta la actualidad.

Resultados:

Varios de los estudios revisados demostraron mejora en la fuerza muscular, propiocepción y equilibrio. Por otro lado, no existieron diferencias significativas con respecto al control postural, estabilidad articular o funcionalidad.

Aunque son muchas las indicaciones de este vendaje, es fundamental el conocimiento y manejo adecuado por parte del profesional, dado que una mala aplicación puede agravar la lesión.

Conclusiones:

Ante un esguince de tobillo, el vendaje funcional adecuadamente aplicado, aporta estabilidad, permitiendo una movilidad selectiva y manteniendo la movilidad funcional.

Bibliografía

1.- Muñoz-Barrenechea IA, Garrido-Beroíza MA, Achiardi O, Serón P, Marzuca-Nassr GN. A systematic review of the functional effectiveness of kinesiotaping in individuals with ankle instability.

Medwave [Internet]. 2019 [citado el 25 de mayo de 2022];19(4):e7635. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/estudios/RevSistematicas/7635.act?ver=sindisenov?ver=sindisenov>

2.- Pérez PC, Barranco VG, Carreras EF, Sangüesa JC, Campillo PL, López CB. Vendaje funcional en el esguince de ligamento lateral externo de tobillo. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo de 2022];2(10):232. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163733>

3.- Pérez PC, Barranco VG, Carreras EF, Sangüesa JC, Campillo PL, López CB. Vendaje funcional en el esguince de ligamento lateral externo de tobillo. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo de 2022];2(10):232. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163733>

Capítulo 72

Efectos del óxido nitroso durante el trabajo de parto

Martín Orúe, Cristina M^a

EFFECTOS DEL ÓXIDO NITROSO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

AUTORES: Martín Orúe, Cristina M^a

INTRODUCCIÓN

El óxido nitroso utilizado en una concentración del 50% junto al 50% de oxígeno es uno de los métodos farmacológicos para el alivio del dolor del trabajo de parto más usado entre las mujeres que no desean una analgesia epidural.

La tendencia actual hacia el parto natural hace necesarias herramientas que puedan ayudar a las mujeres a afrontar el proceso sin alterar el proceso fisiológico del parto.

OBJETIVOS

- Conocer los efectos del óxido nitroso en el trabajo de parto, la madre y el recién nacido

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Pubmed, Uptodate y Clinicalkey de los últimos 5 años con las palabras clave: "nitrous oxide", "labor" y "pain".

RESULTADOS

- **Alivio del dolor.** Su mecanismo de acción está basado en la interferencia en la transmisión neuronal del sistema nervioso, por lo que se bloquea la transmisión nerviosa del dolor, aunque su efecto es menor que el de la analgesia epidural.
- **Efecto rápido.** Comienza a los 20 sg, teniendo un efecto máximo a los 50 sg.
- **Rápida eliminación sin paso placentario ni a la leche materna.** A los 2 minutos desaparece el efecto.
- **No afecta a la contractilidad uterina,** por lo que no interfiere sobre la fisiología del trabajo de parto.
- **Sin efectos sobre el recién nacido ni sobre la lactancia materna.**
- **Mayor satisfacción, control y autonomía** por parte de la mujer.
- **Efectos secundarios leves:** náuseas, vómitos, cefalea y amnesia
- **Modo de uso:** Comenzar a inhalar cuando se inicia la la contracción y respirar de forma normal durante la misma para que su efecto sea máximo.

CONCLUSIONES

Debido a la sencillez de uso y a los pocos efectos secundarios que tiene, el óxido nitroso en concentración del 50% es una herramienta fundamental para el alivio del dolor del trabajo de parto que debería disponerse en todas las salas de parto por los efectos positivos del mismo frente al alivio del dolor, satisfacción y control sobre el proceso.

Resumen: El óxido nitroso utilizado en una concentración del 50% junto al 50% de oxígeno es uno de los métodos farmacológicos para el alivio del dolor del trabajo de parto más usado entre las mujeres que no desean una analgesia epidural. Sus efectos son rápidos con alivio del dolor inferior al de la analgesia epidural sin afectar al recién nacido, al proceso de parto, la lactancia, ni a la contractilidad uterina, por lo que su utilización pese a los efectos secundarios leves, es de gran utilidad en mujeres que desean un mayor control sobre el proceso.

Palabras Clave: Labor pain, Nitrous oxide, Inhalation anesthesia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El óxido nitroso utilizado en una concentración del 50% junto al 50% de oxígeno es uno de los métodos farmacológicos para el alivio del dolor del trabajo de parto más usado entre las mujeres que no desean una analgesia epidural.

La tendencia actual hacia el parto natural hace necesarias herramientas que puedan ayudar a las mujeres a afrontar el proceso sin alterar el proceso fisiológico del parto.

Objetivos:

Conocer los efectos del óxido nitroso en el trabajo de parto, la madre y el recién nacido.

Material y Método:

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Pubmed, Uptodate y Clinicalkey de los últimos 5 años con las palabras clave: "nitrous oxide", "labor" y "pain".

Resultados:

- Alivio del dolor. Su mecanismo de acción está basado en la interferencia en la transmisión neuronal del sistema nervioso, por lo que se bloquea la transmisión nerviosa del dolor, aunque su efecto es menor que el de la analgesia epidural.
- Efecto rápido. Comienza a los 20 sg, teniendo un efecto máximo a los 50 sg.
- Rápida eliminación sin paso placentario ni a la leche materna. A los 2 minutos desaparece el efecto.
- No afecta a la contractilidad uterina, por lo que no interfiere sobre la fisiología del trabajo de parto.
- Sin efectos sobre el recién nacido ni sobre la lactancia materna.
- Mayor satisfacción, control y autonomía por parte de la mujer.
- Efectos secundarios leves: náuseas, vómitos, cefalea y amnesia
- Modo de uso: Comenzar a inhalar cuando se inicia la contracción y respirar de forma normal durante la misma para que su efecto sea máximo.

Conclusiones:

Debido a la sencillez de uso y a los pocos efectos secundarios que tiene, el óxido nitroso en concentración del 50% es una herramienta fundamental para el alivio del dolor del trabajo de parto que debería disponerse en todas las salas de parto por los efectos positivos del mismo frente al alivio del dolor, satisfacción y control sobre el proceso.

Bibliografía

- 1.- Nanji JA, Carvalho B. Pain management during labor and vaginal birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 Aug 1;67:100–112
- 2.- Plante L, Gaiser R. Acog Practice Bulletin Number 209 Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2019; 133(3):208–225.
- 3.- Hellams A, Sprague T, Saldanha C, Archambault M. Nitrous oxide for labor analgesia. J Am Acad Physician Assist. 2018; 31(1):41–44

Capítulo 73

Efectos del uso de los Sistemas de Monitorización continua de glucosa en Pacientes Diabéticos.

*Moreno Sánchez, Rocío
García Solana, M^a Dolores
Martínez Castillo, José David
Moreno Sánchez, M^a Angeles*

Moreno Sánchez R, García Solana MD, Moreno Sánchez MA, Martínez Castillo JD.

INTRODUCCIÓN

- La diabetes mellitus es una enfermedad crónica muy prevalente en nuestra sociedad.
- El avance de la tecnología ha creado dispositivos que permiten obtener valores de glucemia sin necesidad de estar continuamente puncionando la piel del paciente.
- El **sistema de monitorización flash** es un dispositivo que mide niveles de **glucosa en líquido intersticial**. Consta de un lector y un sensor que genera, siempre que se escanee, una lectura continua de glucosa en tiempo real.



OBJETIVO

Identificar los efectos asociados al uso de dispositivos de monitorización continua de glucosa en pacientes diabéticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

- Revisión bibliográfica

Bases de Datos

- Science Direct
- Pubmed

DeCS

- Blood Glucose Self-Monitoring
- Diabetes mellitus

Descriptor intuitivo

- Flash glucose monitoring

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Flash glucose monitoring OR blood glucose self-monitoring AND diabetes mellitus

SCIENCE DIRECT → 83 artículos

PUBMED → 46 artículos

SE SELECCIONAN 4 ARTÍCULOS

Criterios de inclusión

- Artículos disponibles en español o inglés
- Publicados entre 2017-2022
- Evidencia de efectos que reporta la monitorización flash de glucosa sobre los pacientes diabéticos.

RESULTADOS

- Los estudios sugieren una **mejoría de determinadas variables glucémicas** comparadas con el inicio de la utilización de los sistemas de monitorización flash (mejoría de hemoglobina glicosilada, menor eventos de hipoglucemia, etc). Además, se ha detectado un aumento en la frecuencia de toma de glucemias, esto puede ser debido a la comodidad que supone su utilización.
- Por otra parte, algunos estudios orientan hacia una **mejora de la calidad de vida** de los pacientes diabéticos. Los sistemas de monitorización flash facilitan el control de la enfermedad a tiempo real con muy buenos resultados sin necesidad de estar puncionando continuamente la piel.
- Además, los pacientes sienten una **mayor satisfacción** en cuanto al tratamiento de la enfermedad posiblemente asociado a una mayor percepción y control de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Los estudios ofrecen resultados beneficiosos en torno al uso de los sistemas de monitorización flash de glucosa sin la aparición de resultados adversos. Coinciden en una mejora del control de la enfermedad y de la calidad de vida.

Resumen: *El sistema de monitorización flash permite medir glucosa en líquido intersticial.*

El objetivo es Identificar los efectos asociados al uso de dispositivos de monitorización continua de glucosa en pacientes diabéticos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Science Direct y Pubmed mediante las palabras clave: Flash glucose monitoring, Diabetes mellitus y Blood glucose self-monitoring. Se seleccionaron 4 artículos para estudio.

Se obtuvo una mejoría de variables glucémicas, de calidad de vida y mayor satisfacción en el tratamiento de la enfermedad.

Los estudios ofrecen resultados beneficiosos para el paciente sin la aparición de efectos adversos.

Palabras Clave: *Flash glucose monitoring, Blood Glucose Self-Monitoring, Diabetes mellitus*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica muy prevalente en nuestra sociedad. Actualmente, algunos estudios sitúan la prevalencia en torno a un 15%. Es una enfermedad con multitud de complicaciones y supone para el paciente una incomodidad el de someterse a punciones dolorosas para saber los niveles de glucosa.

El avance de la tecnología ha creado dispositivos que permiten obtener valores de glucemia sin necesidad de estar continuamente puncionado la piel del paciente.

El sistema de monitorización flash es un dispositivo que mide niveles de glucosa en líquido intersticial. Consta de un lector y un sensor que genera, siempre que se escanee, una lectura continua de glucosa en tiempo real.

Objetivos:

Identificar los efectos asociados al uso de dispositivos de monitorización continua de glucosa en pacientes diabéticos..

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos Science Direct y Pubmed mediante las palabras clave Flash glucose monitoring, Diabetes mellitus y Blood Glucose Self-Monitoring. De estos términos, los dos primeros, eran descriptores en Ciencias de la Salud, mientras que Glucose Self-Monitoring actuó como descriptor intuitivo ya que era una palabra clave que se utilizaba en numerosos artículos que trataban el tema. Se fijaron como criterios de inclusión: artículos disponibles en español o inglés publicados entre 2017-2022 y que aportaran evidencia de efectos que reporta la monitorización flash de glucosa sobre los pacientes diabéticos. Se extrajeron un total de 126 artículos de los que finalmente fueron seleccionados 4 artículos para el estudio.

Resultados:

Los estudios sugieren una mejoría de determinadas variables glucémicas comparadas con el inicio de la utilización de los sistemas de monitorización flash (mejoría de hemoglobina glicosilada, menor número eventos de hipoglucemia, etc). Además, se ha detectado un aumento en la frecuencia de toma de glucemias, esto puede ser debido a la comodidad que supone su utilización.

Por otra parte, algunos estudios orientan hacia una mejora de la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Los sistemas de monitorización flash facilitan el control de la enfermedad a tiempo real con muy buenos resultados sin necesidad de estar puncionando continuamente la piel.

Además, los pacientes sienten una mayor satisfacción en cuanto al tratamiento de la enfermedad posiblemente asociado a una mayor percepción y control de la enfermedad.

Conclusiones:

Los estudios ofrecen resultados beneficiosos en torno al uso de los sistemas de monitorización flash de glucosa sin la aparición de resultados adversos. Coinciden en una mejora del control de la enfermedad y de la calidad de vida.

Bibliografía

- 1.- Jiménez-Sahagún R, Gómez Hoyos E, Díaz Soto G, Nieto de la Marca M, Sánchez Ibáñez M, Del Amo Simón S, et al. Impact of flash glucose monitoring on quality of life and glycaemic control parameters in adults with type 1 diabetes mellitus. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022
- 2.- Al Hayek A, Alwin Robert A, Al Dawish M. Impact of the FreeStyle Libre flash glucose monitoring system on diabetes-self-management practices and glycemic control among patients with type 2 diabetes in Saudi Arabia: A prospective study. *Diabetes Metab Syndr.* 2021;15(2):557-563
- 3.- Pintus D, Ng S.M. Freestyle libre flash glucose monitoring improves patient quality of life measures in children with Type 1 diabetes mellitus (T1DM) with appropriate provision of education and support by healthcare professionals. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews.* 2019;13(5):2923-2926
- 4.- Nana M, Moore S.L, Ang E, Lee Z.X, Bondugulapati L.N.R. Flash glucose monitoring: Impact on markers of glycaemic control and patient-reported outcomes in individuals with type 1 diabetes mellitus in the real-world setting. *Diabetes Research and Clinical Practice;*157(10789)

Capítulo 74

Eficacia de la ingesta de ácidos grasos omega 3 en pacientes con depresión: revisión bibliográfica.

Marcos Gómez, Cristina Eiranova Diez, Paloma Rosa Eiranova Diez, Blanca

EFICACIA DE LA INGESTA DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Marcos Gómez, Cristina; Eiranova Diez, Paloma Rosa y Eiranova Diez, Blanca

SATSE

OBJETIVO

Evaluar la relación eficaz entre la ingesta de los ácidos omega-3 con la fisiopatología de la depresión

PALABRAS CLAVE

Ácidos grasos poliinsaturados, Omega-3 y Depresión

INTRODUCCION

La depresión es trastorno mental y multifactorial, que se caracteriza por un estado de ánimo bajo y sentimientos de tristeza.

Los Omega -3 juegan un papel fundamental para el mantenimiento de una adecuada respuesta inflamatoria

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Scholar.

RESULTADOS

Algunos estudios reflejan que los pacientes con una ingesta insuficiente en Omega 3, podrían beneficiarse del consumo de suplementos con EPA ya que podrían modular la inflamación mejorando la prevención de recaídas y la adherencia al tratamiento.



CONCLUSIONES

Debido a la ambigüedad de los resultados, los Omega-3 son beneficiosos como coadyuvantes en el tratamiento de la depresión, pero no se consideran eficaces como monoterapia ni se plantea como alternativa a los antidepresivos. Diversos estudios señalan que el EPA parece ser más eficaz que el DHA en el tratamiento de la depresión.

Se recomienda llevar a cabo una alimentación saludable y rica en pescados azules, basándose en la dieta mediterránea que aporta un equilibrio de ácidos grasos poliinsaturados de Omega 3 y Omega-6.

BIBLIOGRAFIA

- Caballer García J, Torío Ojea E, Jimenez Treviño L, Sánchez Fernández S. Ácidos grasos omega-3 y depresión: una revisión sistemática. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2017; [citado el 22 de mayo de 2022];24(1):10–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416300860>
- Deacon G, Kettle C, Hayes D, Dennis C, Tucci J. Omega 3 polyunsaturated fatty acids and the treatment of depression. *Crit Rev Food Sci Nutr* [Internet]. 2017 [citado el 22 de mayo de 2022];57(1):212–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830700/>
- Larrieu T, Layé S. Food for mood: Relevance of nutritional omega-3 fatty acids for depression and anxiety. *Front Physiol* [Internet]. 2018 [citado el 22 de mayo de 2022];9:1047. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2018.01047>

Resumen: *Los Omega -3 juegan un papel fundamental para el mantenimiento de una adecuada respuesta inflamatoria.*

El objetivo principal es evaluar la relación eficaz entre la ingesta de los ácidos omega-3 con la fisiopatología de la depresión.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Scholar.

Se consultaron once ensayos para determinar el efecto de los Omega-3 en la depresión, mostrando resultados discordantes.

Según los estudios, evidencian que los Omega-3 son beneficiosos como coadyuvantes en el tratamiento de la depresión, pero no se consideran eficaces como monoterapia ni se plantea como alternativa a los antidepresivos

Palabras Clave: *Acidos grasos poliinsaturados, Omega-3, Depresión*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La depresión es trastorno mental y multifactorial, que se caracteriza por un estado de ánimo bajo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento. Se trata de un problema de salud pública, debido a su elevada prevalencia y su impacto socioeconómico.

Aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años.

Los ácidos grasos esenciales son un grupo de nutrientes que el organismo no pueden sintetizar y deben obtenerse exclusivamente a través de la dieta.

Existen dos familias de ácidos grasos esenciales: los Omega-3 y los Omega-6.

Dentro de la familia de los ácidos grasos Omega 3, están los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga: el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA), que se encuentran en altas proporciones en los pescados grasos.

Tanto la familia de los ácidos grasos esenciales Omega 3 como Omega 6 juegan un papel fundamental para el desarrollo y mantenimiento de una adecuada visión, función cerebral, mejora de la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica y respuestas inflamatorias e inmunitarias.

En la actualidad son muchos los beneficios derivados del consumo de alimentos que contengan Omega-3 sobre la salud cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus y depresión

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la relación eficaz entre la ingesta de los ácidos omega-3 con la fisiopatología de la depresión con evidencia científica.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Scholar. El criterio de búsqueda se limitó a los últimos 10 años y el idioma seleccionado fue castellano e inglés.

Las búsquedas fueron efectuadas usando palabras clave libres y descriptores MeSH pertinentes en inglés y descriptores DeCs de BIREME en lengua castellana. Se emplearon sinónimos para refinar la búsqueda. Los términos utilizados fueron: ácidos grasos poliinsaturados, omega-3, depresión y sus análogas en inglés, truncados mediante los operadores booleanos "AND" y "OR".

Resultados:

Algunos estudios reflejan que el trastorno depresivo, es una patología inflamatoria que produce daño oxidativo. Los pacientes con una ingesta insuficiente en Omega 3, podrían beneficiarse del consumo de suplementos con EPA ya que podrían modular la inflamación mejorando la prevención de recaídas y la adherencia al tratamiento.

Se cree que los efectos positivos de los omega-3 en la depresión, podrían depender de su contenido fisiológico abundante en el sistema nervioso y de su intervención en la neuroplasticidad y neurogénesis.

Los hallazgos de estos estudios son menos sólidos de lo que se esperaba. Seis de los once ensayos clínicos diseñados para valorar la eficacia de los suplementos con

Omega-3, han obtenido resultados favorables destacables, pero el resto de estudios han encontrado resultados contradictorios.

Conclusiones:

Según los estudios realizados evidencian que la ingesta de los ácidos grasos poliinsaturados Omega-3 son útiles en la prevención y/ el tratamiento de patologías donde la inflamación está presente.

Debido a la ambigüedad de los resultados, los Omega-3 son beneficiosos como coadyuvantes en el tratamiento de la depresión, pero no se consideran eficaces como monoterapia ni se plantea como alternativa a los antidepresivos. Diversos estudios señalan que el EPA parece ser más eficaz que el DHA en el tratamiento de la depresión.

Por tanto, se recomienda llevar a cabo una alimentación saludable y rica en pescados azules, basándose en la dieta mediterránea que aporta un equilibrio de ácidos grasos poliinsaturados de Omega 3 y Omega-6.

En definitiva, hace falta más investigación en este campo para aclarar la importancia etiológica de un estado deficitario de ácidos grasos poliinsaturados Omega-3 en la fisio-patología de la depresión.

Bibliografía

1.- Caballer García J, Torío Ojea E, Jimenez Treviño L, Sánchez Fernández S. Ácidos grasos omega-3 y depresión: una revisión sistemática. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2017; [citado el 22 de mayo de 2022];24(1):10–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416300860>

2.- Deacon G, Kettle C, Hayes D, Dennis C, Tucci J. Omega 3 polyunsaturated fatty acids and the treatment of depression. *Crit Rev Food Sci Nutr* [Internet]. 2017 [citado el 22 de mayo de 2022];57(1):212–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830700/>

3.- Larrieu T, Layé S. Food for mood: Relevance of nutritional omega-3 fatty acids for depression and anxiety. *Front Physiol* [Internet]. 2018 [citado el 22 de mayo de 2022];9:1047. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2018.01047>

Capítulo 75

Ejercicio Físico en Hemodiálisis

*Del Hoyo Serrano, M^a Jesús
Pérez Trenado, M^a del Prado
Monescillo Ruedas, Alejandra
Gómez Espinosa, Amparo*

EJERCICIO FÍSICO EN HEMODIÁLISIS

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis es el tratamiento sustitutivo de la función renal más común; permite suplir la función del riñón. Los sujetos sometidos al mismo pueden presentar numerosas alteraciones que lleva a una pérdida de capacidad física funcional y pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud.

El ejercicio físico se define como cualquier movimiento que realiza el cuerpo generando un gasto de energía por encima del nivel basal.

OBJETIVO

Se quiere investigar el efecto de la actividad física intra hemodiálisis sobre la fuerza muscular, la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se han revisado artículos en plataformas de Google académico, libros, SEN (Sociedad Española de Nefrología), como palabras clave tenemos "rehabilitación", "ejercicio", "hemodiálisis", "calidad de vida".

RESULTADOS

El ejercicio físico en las unidades de hemodiálisis se basa en la prescripción de acciones terapéuticas demostrando beneficios, mayor tolerancia del ejercicio físico, disminución de los mediadores inflamatorios, aumento de la síntesis y tamaño de fibras musculares, aumento del hematocrito y hemoglobina.

Como contraindicación para su práctica se consideran los siguientes puntos: IAM, paciente, arritmias incontroladas, hipertensión no controlada (PAS >200mg/hg; PAD >120mg/Hg), angina inestable, diabetes con descompensación severa (glucosa en sangre >300mg/dl), disfunción del ventrículo izquierdo, presencia de lesión neurológica motora.

La inactividad física es un punto fuerte de normalidad en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal. Estos pacientes aumentan su probabilidad de fallecer. Es necesario identificar: fatiga muscular, astenia, fatiga postdiálisis.

La práctica de ejercicio físico regular favorece frenar la pérdida de masa muscular y fuerza causada por la SARCOPENIA, y revertir el estado de tranquilidad, obteniendo beneficios que vienen asociados a un mínimo de 20 minutos semanales de ejercicio físico, son más notables cuanto mayor es el volumen de intensidad del ejercicio.

➤ Se realizará una evaluación inicial:

Test dinamometría manual

TIMED UP AND GO TEST (TUG)

SIT - TO STAND (STS -10)

THE SIX MINUTE WALK TEST (6 MWT)

SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)



➤ Se planificará el ejercicio físico intraHD, se individualizarán los ejercicios. Es recomendable que un educador físico establezca las cargas de trabajo, siguiendo los principios del entrenamiento, en mesociclos de trabajo por perfil.

Para realizar un seguimiento y control, tanto de la efectividad del entrenamiento como del estado de salud del paciente, se dispondrá de un registro de actividad, con aquellos ejercicios más adecuados para los pacientes teniendo presentes características y limitaciones de este tratamiento para la práctica de ejercicio.

Durante el desarrollo de la sesión pueden suceder incidencias que deberán ser comunicadas a los facultativos o bien actuar sobre las mismas.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones de ejercicios aeróbicos demuestran un aumento en el consumo máximo de oxígeno.

Existe una evidencia preliminar que indica, que realizando ejercicio aeróbico mejora el control de la presión arterial, el perfil lipídico y la salud mental.

Autores:

María Jesús del Hoyo Serrado

María del Prado Pérez Trenado

Alejandra Monescillo Ruedas

Amparo Gómez Espinosa



Resumen: Los pacientes en hemodiálisis, presentan síntomas que afectan a su calidad de vida, como hipotensión, calambres musculares, problemas con el acceso vascular, arritmias, estados de ansiedad, depresión, desnutrición.

En este aspecto, la práctica de ejercicio físico regular, frena la pérdida de masa muscular y fuerza causada por la sarcopenia, así como interviene en los factores de riesgo cardiovascular, obteniendo beneficios asociados a un nivel mínimo de 20 minutos semanales de ejercicio.

Asimismo, la práctica de ejercicio físico puede reducir de manera relevante el riesgo de padecer trastornos psicológicos, reduciendo tanto los síntomas de depresión como los de ansiedad.

Palabras Clave: Rehabilitación, Hemodiálisis, Ejercicio físico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemodiálisis es el tratamiento sustitutivo de la función renal más común; permite suplir la función del riñón. Los sujetos sometidos al mismo pueden presentar numerosas alteraciones que lleva a una pérdida de capacidad física funcional y pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud.

El ejercicio físico se define como cualquier movimiento que realiza el cuerpo generando un gasto de energía por encima del nivel basal.

Objetivos:

Se quiere investigar el efecto de la actividad física intra hemodiálisis sobre la fuerza muscular, la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Material y Método:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se han revisado artículos en plataformas de Google académico, libros, SEN (Sociedad Española de Nefrología), como palabras clave tenemos "rehabilitación", "ejercicio", "hemodiálisis", "calidad de vida".

Resultados:

El ejercicio físico en las unidades de hemodiálisis se basa en la prescripción de acciones terapéuticas demostrando beneficios, mayor tolerancia del ejercicio físico, disminución de los mediadores inflamatorios, aumento de la síntesis y tamaño de fibras musculares, aumento del hematocrito y hemoglobina.

Como contraindicación para su práctica se consideran los siguientes puntos: IAM, paciente, arritmias incontroladas, hipertensión no controlada (PAS >200mg/hg; PAD >120mg/Hg), angina inestable, diabetes con descompensación severa (glucosa en sangre >300mg/dl), disfunción del ventrículo izquierdo, presencia de lesión neurológica motora.

La inactividad física es un punto fuerte de normalidad en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal. Estos pacientes aumentan su probabilidad de fallecer. Es necesario identificar: fatiga muscular, astenia, fatiga postdiálisis.

La práctica de ejercicio físico regular favorece frenar la pérdida de masa muscular y fuerza causada por la SARCOPIENIA, y revertir el estado de tranquilidad, obteniendo beneficios que vienen asociados a un mínimo de 20 minutos semanales de ejercicio físico, son más notables cuanto mayor es el volumen de intensidad del ejercicio.

Se realizará una evaluación inicial:

1. Test dinamometría manual: Esta prueba valora la fuerza de presión manual mediante un dinamómetro. Para realizar el test, el paciente debe estar en bipedestación, con el brazo ligeramente separado y a lo largo del cuerpo. La prueba se realiza dos veces con cada brazo, considerándose la máxima puntuación obtenida.

2. TIMED UP AND GO TEST (TUG): Este test valora la agilidad y el equilibrio dinámico. En esta prueba, el paciente debe levantarse de una silla, recorrer una distancia de tres metros, dar la vuelta a un cono y volver a sentarse. Este test se realiza a la máxima velocidad a la que pueda andar. La prueba se realiza tres intentos, quedando, como resultado final, el de menor tiempo.

3. SIT – TO STAND (STS – 10): Estas pruebas tienen por objetivo valorar la fuerza de las extremidades inferiores. El STS-10 consiste en contabilizar el tiempo que tarda en realizar 10 repeticiones de levantarse y sentarse en una silla. Estos test tienen el mismo procedimiento que el test STS-5, que se comenta en la batería SPPB.

4. THE SIX MINUTE WALK TEST (6 MWT): El 6MWT registra la distancia que el paciente es capaz de recorrer andando a su ritmo habitual de marcha durante seis minutos (se mide en metros). Este test se realiza siguiendo un circuito rectangular de 42 metros marcado por conos (destacar que la distancia y la forma del circuito pueden modificarse para adaptarlas a los recursos espaciales del centro donde se realiza). Al finalizar los seis minutos, el paciente debe esperar en el lugar de finalización hasta que el evaluador registre su distancia. Este test se realiza una sola vez.

5. SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB o test guralnik): A todos los pacientes candidatos a participar en el programa de deporte a partir de los 75 años. Esta batería consta de cinco test físicos, tres de equilibrio, uno de velocidad de la marcha y otro de fuerza del tren inferior. Cada uno de los bloques de pruebas de esta batería tiene una puntuación del 0 al 4, oscilando el resultado total entre 0 y 12 puntos, donde una puntuación por debajo de 10 puntos refleja fragilidad y riesgo de discapacidad y caídas.

Se planificará el ejercicio físico intraHD, se individualizarán los ejercicios. Es recomendable que un educador físico establezca las cargas de trabajo, siguiendo los principios del entrenamiento, en mesociclos de trabajo por perfil. Los mesociclos de entrenamiento son serie de sesiones realizadas durante varios días, cuyos contenidos apuntan a lograr los objetivos de una etapa del ciclo de entrenamiento, ordenados para conseguir un objetivo determinado. Se trata de agrupar varias semanas de entrenamiento organizándolas de una determinada manera. Un mesociclo suele estar compuesto de entre dos y cinco semanas. Estos mesociclos, serán individualizados y adaptados a cada paciente, con el objetivo de acercar la carga externa programada a la carga interna de cada paciente.

Para realizar un seguimiento y control, tanto de la efectividad del entrenamiento como del estado de salud del paciente, se dispondrá de un registro de actividad, con aquellos ejercicios más

adecuados para los pacientes teniendo presentes características y limitaciones de este tratamiento para la práctica de ejercicio.

Durante el desarrollo de la sesión pueden suceder incidencias que deberán ser comunicadas a los facultativos o bien actuar sobre las mismas.

Conclusión: Las intervenciones de ejercicios aeróbicos demuestran un aumento en el consumo máximo de oxígeno.

Existe una evidencia preliminar que indica, que realizando ejercicio aeróbico mejora el control de la presión arterial, el perfil lipídico y la salud mental.

Bibliografía

1.- Marcos García Olegario, Ana María de Alba Peñaranda, Blanca Miranda; Guía de orientación para la práctica del ejercicio físico individualizado en hemodiálisis; Fecha actualización: 26/04/2021.

2.- Segura-Ortí E. Ejercicio en pacientes en hemodiálisis: revisión sistemática de la literatura. Nefrología; (Madrid) 2010;30 (2):236-46.

3.- Imágenes Google

Capítulo 76

Ejercicio terapéutico y lumbalgia desde la fisioterapia: revisión bibliográfica

*Acosta López, Alexandra
Cortés Pérez, Irene
Simón Sierra, Juan José*

EJERCICIO TERAPÉUTICO Y LUMBALGIA DESDE LA FISIOTERAPIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Acosta López A, Simón Sierra JJ, Cortés Pérez I

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar (DL) es un trastorno multifactorial con una alta prevalencia, la mayoría de las personas experimenta dolor de espalda en algún momento de su vida y tiene un impacto significativo en las personas, sus familias y los sistemas de atención médica.

El diagnóstico no es fácil, y alrededor del 90 % de los casos no presentan evidencia física, por lo que el problema se cataloga como una lumbalgia inespecífica.

OBJETIVO

Determinar qué intervenciones de ejercicios son los más efectivos para reducir el dolor y que beneficios se producen.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

2017-2022
cualquier tipo de estudio
palabras clave

METODOLOGÍA

PHYSICAL THERAPY
BENEFITS
LOW BACK PAIN



TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA
BENEFICIOS
LUMBALGIA



RESULTADOS

Ejercicios más eficientes:

- Ejercicio de McKenzie y Ejercicios de Williams, irán en conjunto con la higiene postural
- Ejercicios de estabilización espinal: junto con la terapia manual proporciona mayores beneficios que el ejercicio general, mejorando dolor y discapacidad
- Pilates
- Yoga
- Estiramientos
- Ejercicio aeróbico
- Entrenamiento de balance para mejorar el tronco y el control abdominal
- Ejercicios de resistencia y de fuerza
- Técnicas de Feldenkrais y técnica de Alexander: Feldenkrais tiene mejores resultados porque conlleva el aprendizaje de la conciencia sobre el cuerpo y el control de los músculos
- Van Middelkoop, demostró que los ejercicios generales como los localizados, de tipo aeróbico y bajo impacto, estiramientos, etc., mejoran la lumbalgia reduciendo la intensidad del dolor y favoreciendo la recuperación del paciente, disminuyendo las ausencias o incapacidades laborales
- Otro autor asegura que, para reducir la intensidad del dolor, tiene mejor resultado los programas con un mayor número de semanas de duración, mostrando mejorías del 60% para programas de entrenamiento de 14 semanas y del 50 % para 8 y 12 semanas; además, la intensidad del mismo también parece influir, de tal forma que a mayor intensidad mayores mejorías en la lumbalgia

Los **beneficios** que produce son:

- Disminución o eliminación del dolor
- Fortalecimiento muscular
- Reducción de la tensión mecánica de las estructuras vertebrales
- Mejora de la condición física
- Restaurar y mantener el rango de movimiento
- Prevención de lesiones
- Mejora la postura
- Mejora de la movilidad

CONCLUSIÓN

Los estudios analizados indican que existen varios tipos de ejercicios para el tratamiento del dolor lumbar con diferentes grados de éxito, sin embargo, no existe un protocolo establecido para dicha patología, ya sea crónica o aguda.

Es importante señalar que el tratamiento además de ser farmacológico y de terapia física, tiene que incluir la educación postural desde edades tempranas para poder ser conscientes de los beneficios del ejercicio físico sobre el cuerpo y así implementarlo en nuestro día a día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández GA, Zamora Salas JD. Exercise as a treatment for low back pain management. Rev Salud Publica (Bogota). 2017;19(1):123–8.
2. Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Tagliaferri SD, Brisby H, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. Br J Sports Med. 2020;54(21):1279–87.
3. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil. 2015;29(12):1155–67.

Resumen: El dolor lumbar (DL) es un trastorno multifactorial con una alta prevalencia, la mayoría de las personas experimenta dolor de espalda en algún momento de su vida.

El objetivo del estudio es determinar qué intervenciones desde la fisioterapia son las más efectivas para reducir el dolor y que beneficios se obtienen.

Se realizó una revisión sistemática en bases como Pubmed, Scielo, Cochrane y Scient Direct de los últimos 10 años. Los resultados encontrados nos muestran que hay multitud de técnicas para abordar este problema y que los beneficios llegan incluso a disminuir o eliminar el dolor entre otros muchos.

Palabras Clave: physical therapy, benefits, low back pain

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor lumbar (DL) es un trastorno multifactorial con una alta prevalencia, la mayoría de las personas experimenta dolor de espalda en algún momento de su vida y tiene un impacto significativo en las personas, sus familias y los sistemas de atención médica.

El diagnóstico no es fácil, y alrededor del 90 % de los casos no presentan evidencia física, por lo que el problema se cataloga como una lumbalgia inespecífica.

Objetivos:

Determinar qué intervenciones de ejercicios son los más efectivos para reducir el dolor y que beneficios se producen.

Material y Método:

Búsqueda realizada en las bases de datos de Pubmed, Scielo, Cochrane y Science direct.

Palabras claves español y las mismas en inglés: dolor lumbar, lumbalgia, técnicas, beneficios.

Se seleccionaron artículos científicos realizados desde 2017 hasta 2022, sin tener en cuenta el tipo de estudio y métodos utilizados.

Resultados:

Se encontraron alrededor de unos 2000 artículos entre todas las bases de datos, de los cuales cumplieron criterios de inclusión alrededor de unos 300, de ellos se seleccionaron 10 puesto que fueron los que hablaban sobre técnicas específicas para el dolor y en los que se encontraron beneficios.

Los ejercicios más eficientes para disminuir o eliminar el dolor y que en más artículos aparecían son:

- Ejercicio de Mckenzie y Ejercicios de Williams, irán en conjunto con la higiene postural
- Ejercicios de estabilización espinal: junto con la terapia manual proporciona mayores beneficios que el ejercicio general, mejorando dolor y discapacidad
- Pilates
- Yoga
- Estiramientos
- Ejercicio aeróbico
- Entrenamiento de balance para mejorar el tronco y el control abdominal
- Ejercicios de resistencia y de fuerza
- Técnicas de Feldenkrais y técnica de Alexander: Feldenkrais tiene mejores resultados porque conlleva el aprendizaje de la conciencia sobre el cuerpo y el control de los músculos
- Van Middelkoop, demostró que los ejercicios generales como los localizados, de tipo aeróbico y bajo impacto, estiramientos, etc., mejoran la lumbalgia reduciendo la intensidad del dolor y favoreciendo la recuperación del paciente, disminuyendo las ausencias o incapacidades laborales
- Otro autor asegura que, para reducir la intensidad del dolor, tiene mejor resultado los programas con un mayor número de semanas de duración, mostrando mejorías del 60% para programas de entrenamiento de 14 semanas y del 50 % para 8 y 12 semanas; además, la intensidad del mismo también parece influir, de tal forma que a mayor intensidad mayores mejorías en la lumbalgia

Los beneficios son:

- Disminución o eliminación del dolor
- Fortalecimiento muscular
- Reducción de la tensión mecánica de las estructuras vertebrales
- Mejora de la condición física
- Restaurar y mantener el rango de movimiento
- Prevención de lesiones
- Mejora la postura
- Mejora de la movilidad

Conclusión:

Los estudios analizados indican que existen varios tipos de ejercicios para el tratamiento del dolor lumbar con diferentes grados de éxito, sin embargo, no existe un protocolo establecido para dicha patología, ya sea crónica o aguda.

Es importante señalar que el tratamiento además de ser farmacológico y de terapia física, tiene que incluir la educación postural desde edades tempranas para poder ser conscientes de los beneficios del ejercicio físico sobre el cuerpo y así implementarlo en nuestro día a día.

Sobre este tema en particular existen mucha evidencia con la cual poder abordar a nivel profesional la lumbalgia y crear diferentes protocolos de tratamiento.

Bibliografía

1.- Hernández GA, Zamora Salas JD. Exercise as a treatment for low back pain management. Rev Salud Publica (Bogota). 2017;19(1):123–8.

2.- Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Tagliaferri SD, Brisby H, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. Br J Sports Med. 2020;54(21):1279–87.

3.- Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil. 2015;29(12):1155–67.

Capítulo 77

El aumento de la aproximación poblacional a las consultas de Enfermería

Llamas Fernández, Sara

El aumento de la aproximación poblacional a las consultas de enfermería

SATSE

Llamas Fernández, Sara

1º EIR Geriatría

Hospital Monte Naranco, Oviedo

INTRODUCCIÓN



En los últimos años se ha observado un desarrollo en la profesión enfermera, aumentando su conocimiento y funciones gracias a las investigaciones de los líderes del grupo. Tales mejoras no sólo han capacitado a los profesionales en sus competencias, sino que han permitido que mejore la confianza de la población hacia la enfermería.

El presente estudio evidencia este acercamiento mediante el análisis de las visitas a las consultas Atención Primaria durante los últimos años.

OBJETIVOS

Evidenciar el aumento del contacto de la población con la consulta de enfermería.

Analizar la frecuentación a la consulta según las variables de edad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de prevalencia de las consultas de enfermería en 2011 y 2020. Datos recogidos en los Informes anuales del Sistema Nacional de Salud. Población española como diana, excluyendo a aquellos sin acceso al servicio público sanitario. Variables estudiadas "Nº consultas/año", "Frecuentación de consulta", "edad" y "sexo". Se justifican los resultados mediante una revisión de las publicaciones de menos de 5 años.

RESULTADOS



El número de consultas de enfermería en 2011 ha sido de 131,5 millones, siendo en 2020 un total de 135,7 millones, demostrando el aumento de la demanda.

Respecto al sexo han predominado las mujeres en la atención (56,2% de las consultas en 2011; 50,15% en 2019), sugiriendo mayor preocupación en su salud.



Aumento de la frecuentación entre 75-94 años, pasando de 9,2 visitas en 2011 a 9,525 en 2019. En la población joven también se ve un aumento, pasando de una frecuentación de 1,15 entre 15-24 años en 2011 a 1,25 en el 2019. Se evidencia el acercamiento y el mayor conocimiento de la población al trabajo de la Enfermera.

CONCLUSIONES

La población ha reconocido durante mucho tiempo que la enfermería es una profesión de confianza, siendo estos últimos años los que han conseguido una mayor visibilidad de la misma. El pensamiento desarrollado ha sido la de individuos con integridad, calidez y humanidad. Se valora su trabajo, y esto se demuestra con el aumento de la atención en las consultas de Atención Primaria. Los cambios conseguidos por los líderes de la profesión han hecho que los nuevos cuidados mejoren la visión y doten el trabajo de mayor profesionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Junio 2015.

Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2021. Abril 2022.

Disponibles en: www.msssi.gob.es

Scanlon McGinity, A. Re-visioning the image of nursing. Nurs. Outlook 2021. 69: 526-527.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.03.024>



Resumen: Los últimos años vividos por la profesión enfermera han permitido un cambio en la visión de la población, dotándole de mayor profesionalidad y competencia. Esta mejora se evidencia con el aumento de las demandas de cuidado en Atención Primaria. A través de los datos recogidos en los informes anuales del Sistema Nacional de Salud, el presente estudio ha podido demostrar cómo la frecuentación de visitas a la consulta de enfermería ha aumentado desde 2011, demostrando así una mayor confianza en la competencia del profesional en un aspecto tan importante como el la salud del individuo.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, Accesibilidad a los servicios de salud Conocimiento.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Durante los últimos años se ha podido observar un mayor desarrollo en la profesión enfermera, aumentando su conocimiento y funciones gracias a las numerosas investigaciones/publicaciones desarrolladas por los líderes del grupo. Tales mejoras no sólo han capacitado a los profesionales en sus competencias, sino que han permitido que mejore la confianza de la población hacia la enfermería. El presente estudio evidencia este mayor acercamiento mediante el análisis de las visitas realizadas a las consultas Atención Primaria durante los últimos años.

Objetivos:

Evidenciar el aumento del contacto de la población con la consulta de enfermería. Analizar la frecuentación a la consulta según las variables de edad y sexo.

Material y Método:

Análisis de prevalencia de las consultas de enfermería por año, en 2011 y 2020. Datos recogidos en los Informes anuales del Sistema Nacional de Salud. Se establece la población española como diana, excluyendo a aquellos sin acceso al servicio público sanitario. Las variables estudiadas han sido “Nº consultas/año”, “Frecuentación de consulta”, “edad” y “sexo”. Se justifican los resultados obtenidos mediante una revisión de las últimas publicaciones con una antigüedad menor de 5 años.

Resultados:

El número de consultas de enfermería obtenido para el año 2011 ha sido de 131,5 millones, utilizando una muestra representativa del 62% del total de población incluida. En el caso de 2020 las consultas fueron un total de 135,7 millones, demostrando así el aumento de la demanda. En lo que respecta al sexo han predominado las mujeres en la atención de ambos años (56,2% de las consultas en 2011; 50,15% en 2019), lo que sugiere mayor preocupación por su salud. Finalmente, se analiza la frecuentación de las consultas en función de la edad. En este caso, la población que más accede es la anciana, puesto que presenta mayor morbilidad; Se puede observar un aumento de la frecuentación entre los 75 y 94 años, pasando de ser una media de 9,2 visitas en 2011 a 9,525 para el año 2019. Este resultado demuestra un mayor acercamiento de la población anciana

a las consultas de enfermería. En lo que respecta a la población joven también se ha observado un ligero aumento, pasando de realizar una frecuentación media de 1,15 entre los 15 y los 24 años en 2011 a situarse en un valor de 1,25 en el mismo rango de edades para el 2019. Se puede estimar, por tanto, un aumento tanto en el acercamiento como en el conocimiento de la población al trabajo de la Enfermería de Atención Primaria.

Discusión/Conclusiones:

La población ha visto y reconocido durante mucho tiempo que la enfermería es una profesión de confianza³, siendo estos últimos años los que han conseguido una mayor visibilidad de la misma. El pensamiento desarrollado en la población sobre la enfermería actual ha sido la de individuos con integridad, calidez y humanidad³. Se valora su trabajo, y esto se demuestra con el aumento de la atención en las consultas de Atención Primaria. Esto, se ha conseguido gracias a los cambios vividos en la cultura con la imagen proyectada por los líderes de la profesión, que enfocan su energía en esfuerzos innovadores y colaborativos³, haciendo que los nuevos cuidados no sólo mejoren la visión de la enfermería sino también dotando de mayor profesionalidad el trabajo desarrollado³.

Bibliografía

- 1.- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Edición revisada. Junio 2015. Disponible en: www.msssi.gob.es
- 2.- Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Abril 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- 3.- Scanlon McGinity, A. Re-visioning the image of nursing. Nurs. Outlook 2021. 69: 526-527. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.03.024>

Capítulo 78

El Covid y la afectación en la funcionalidad del paciente crónico.

Llamas Fernández, Sara

EL COVID Y LA AFECTACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO.

Sara Llamas Fernández, EIR Geriátría, Hospital Monte Naranco, Oviedo.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La unión de enfermedades crónicas a otro tipo de patologías hace que el riesgo asumido en la salud del paciente sea mayor. Una de las patologías agudas de prevalencia actual es la Covid-19, que afecta principalmente al sistema respiratorio. El presente estudio busca demostrar cómo una enfermedad aguda de afectación focal puede condicionar la funcionalidad completa del paciente crónico.

OBJETIVOS

Demostrar que el Covid disminuye la funcionalidad del paciente con una patología crónica coadyuvante.
Analizar la prevalencia del Covid en función del sexo de los pacientes estudiados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio poblacional retrospectivo con datos obtenidos de la plataforma "Millenium" utilizada en el ámbito sanitario del SESPA. Previamente se ha solicitado la aceptación por parte del Comité de Ética del Principado de Asturias (CEImPA), siendo favorable a fecha 14 enero 2022.

Se ha trabajado con una muestra de pacientes ingresados bajo el servicio de la Unidad de Recuperación Funcional del Hospital Monte Naranco, excluyendo los fallecidos en el ingreso.

Las variables de estudio han sido la edad, el sexo, el valor obtenido en la escala Barthel y el resultado del frotis nasofaríngeo (PCR) utilizado para el diagnóstico de la Enfermedad Covid-19.

RESULTADOS

La población diana ha sido de 484 pacientes ingresados entre el 1-enero-2020 y 31-diciembre-2021, divididos en dos grupos en función del resultado del exudado nasofaríngeo (+/-). El valor medio obtenido en la Escala Barthel en los pacientes con resultado positivo ha sido de 22,5 en 2020 y de 20 en 2021, indicando un nivel de dependencia severo. Los pacientes con un resultado negativo han presentado un nivel de dependencia moderado. Se verifica que el Covid disminuye la funcionalidad del paciente con patología coadyuvante.

En el año 2020 ingresaron un total de 172 mujeres y 82 hombres, afectados por el Covid en la misma proporción. En el 2021, 151 fueron mujeres y 79 hombres. La prevalencia del Covid en este caso fue de 3:1 afectando más al sexo femenino.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION

Se ha visto una alteración de las capacidades funcionales de los pacientes que sufrían ambas patologías a la vez. El estudio de Qureshi et al. Ha justificado este resultado demostrando que también la mortalidad se ve aumentada. No obstante, la bibliografía estudiada no se ajusta a la prevalencia por sexo obtenida por el estudio, pues la evidencia demuestra que el Ictus es más prevalente en el sexo masculino mientras que en el estudio se ha observado mayor prevalencia en la mujer. En ambas situaciones se debe identificar el tratamiento más adecuado posible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Qureshi, IA et al. Management of acute ischemic stroke in patients with COVID-19 infection: Report of an international panel. International Journal Of Stroke. 2020. 15 (5): 540-554. DOI: 10.1177/1747493020923234
- 2.Smith, EE. Et al. Canadian Stroke best practice guidance during the covid-19 pandemic. Can J Neurol Sci. 2020. 00: 1-5. DOI: 10.1017/cjn.2020.74

Resumen: *El Covid-19 ha sido una de las patologías agudas de mayor prevalencia durante los últimos años. Su afectación principal discurre en el sistema respiratorio, sin embargo, su asociación con la patología crónica puede desencadenar situaciones de alto riesgo. El estudio propuesto ha demostrado cómo una patología aguda de afectación localizada puede alterar el estado de salud completo de pacientes sufridores de la patología crónica del Ictus, evidenciando la disminución de su completa funcionalidad en la vida diaria mediante la aplicación de la escala Barthel.*

Palabras Clave: Covid-19, Afectación, Escala Barthel

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las enfermedades crónicas son patologías de gran importancia debido a las alteraciones en salud que de ellas se derivan. Éstas, asociadas a otro tipo de patologías hacen que el paciente se encuentre en una situación de mayor riesgo. Una de las patologías agudas de alta prevalencia actual es la denominada Covid-19, la cual afecta principalmente al sistema respiratorio. El presente estudio busca demostrar cómo una enfermedad aguda de afectación focal puede condicionar la funcionalidad completa del paciente crónico.

Objetivos:

Objetivo Principal: Demostrar que el Covid disminuye la funcionalidad del paciente con una patología crónica coadyuvante.

Objetivo secundario: Analizar la prevalencia del Covid en función del sexo de los pacientes estudiados.

Material y Método:

Se trata de un estudio poblacional de tipo retrospectivo, obteniendo los datos necesarios a través de la plataforma “Millenium” utilizada en el ámbito de trabajo sanitario del SESPA. Previamente a su desarrollo se ha solicitado la aceptación por parte del Comité de Ética del Principado de Asturias (CEImPA), obteniendo el informe favorable con fecha del 14 de enero de 2022.

Se ha trabajado con una muestra de pacientes ingresados bajo el servicio de la Unidad de Recuperación Funcional del Hospital Monte Naranco, excluyendo a aquellos que fallecieron durante el ingreso.

Las variables de estudio recogidas han sido la edad, el sexo, el valor obtenido en la escala Barthel y el resultado del frotis nasofaríngeo (PCR) utilizado para el diagnóstico de la Enfermedad Covid-19.

Resultados:

Se ha trabajado con una población diana de 484 pacientes ingresados entre el 1-enero-2020 y 31-diciembre-2021, divididos en dos grupos en función del resultado del exudado nasofaríngeo (+/-). El valor medio obtenido en la Escala Barthel en los pacientes con resultado positivo ha sido

de 22,5 en 2020 y de 20 en 2021, lo que indica un nivel de dependencia severo. En los pacientes con un resultado negativo los valores obtenidos en la escala los sitúan en un nivel de dependencia moderado. Se verifica que el Covid disminuye la funcionalidad del paciente con patología coadyuvante.

En el año 2020 ingresaron un total de 172 mujeres y 82 hombres, afectados por el Covid en la misma proporción. En el 2021, 151 ingresos corresponden al sexo femenino y 79 al masculino. La prevalencia del Covid en este caso fue de 3:1 afectando más al sexo femenino.

Discusión y Conclusión:

Se ha visto una mayor alteración de las capacidades funcionales de los pacientes que sufrían ambas patologías de manera coadyuvante. El estudio de Qureshi et al. Ha justificado este resultado demostrando que también la mortalidad en estos pacientes se ve aumentada¹. No obstante, la bibliografía estudiada no se ajusta a la prevalencia por sexo obtenida por el estudio, pues la evidencia demuestra que el Ictus es más prevalente en el sexo masculino² mientras que en el estudio realizado se ha observado mayor prevalencia en la mujer, aumentando proporcionalmente los casos de Covid-19. En ambas situaciones la atención sanitaria debe ser lo más especializada posible, pues la disfunción orgánica es mayor². Para un mejor pronóstico en el tratamiento y la rehabilitación se deben utilizar escalas validadas como SOFA que permiten identificar el tratamiento más recomendado¹ para los pacientes con patologías coadyuvantes.

Bibliografía

- 1.- Qureshi, IA et al. Management of acute ischemic stroke in patients with COVID-19 infection: Report of an international panel. International Journal Of Stroke. 2020. 15 (5): 540-554. DOI: 10.1177/1747493020923234
- 2.- Smith, EE. Et al. Canadian Stroke best practice guidance during the covid-19 pandemic. Can J Neurol Sci. 2020. 00: 1-5. DOI: 10.1017/cjn.2020.74

Capítulo 79

El Gran Debut

*Casado González, Almudena
Chacón González, Clara María
Redondo Rodríguez-Barbero, Noelia
Fernández Villa, Soraya
Valencia Ruiz, María Dolores
López Rivas, Sergio*

EL GRAN DEBUT

SATSE

CASADO GONZALEZ, A; CHACON GONZALEZ, CM; REDONDO RODRIGUEZ BARBERO, N; FERNANDEZ VILLA, S; VALENCIA RUIZ, MD; LOPEZ RIVAS, S.

INTRODUCCIÓN:

Varón de 12 años es llevado al Servicio de Urgencias de Atención Primaria con cuadro de diarrea de 4 días de evolución, febrícula y decaimiento intenso.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Consciente con tendencia a la somnolencia

Tiraje intercostal y taquipnea

Palidez y frialdad, relleno capilar lento. Aspecto delgado y ojeroso

AC: Tonos rítmicos y sin soplos

AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: depresible, pero ofrece resistencia en hipogastrio, sin masas ni megalias

Toma de constantes vitales:

TA: 134/90mmHg FC: 105lpm FR: 31rpm SatO2: 98% GC: 449mg/dl

Cetonemia capilar: 5.9 mmol/L



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA	RESULTADOS	INTERVENCIONES
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico	00600 Equilibrio electrolítico y ácido base	2020 Monitorización de electrolitos 4120 manejo de líquidos
00033 Deterioro de la ventilación espontánea	000403 Estado respiratorio: ventilación	3350 Monitorización respiratoria
00126 Conocimientos deficientes	1820 Conocimiento control de diabetes	5602 Enseñanza proceso de enfermedad
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	2300 Nivel de glucemia	2120 Manejo de la hiperglucemia

DISCUSIÓN

El diagnóstico es Debut de diabetes tipo 1 con cetoacidosis grave. Como diagnóstico diferencial encontramos diabetes insípida, hipercalcemia y gastroenteritis con deshidratación. Normalmente, la insulina desempeña una función crucial en el paso de la glucosa, una de las principales fuentes de energía para los músculos y otros tejidos a las células. Si la cantidad de insulina es insuficiente, el cuerpo comienza a descomponer grasas para obtener energía. Este proceso produce una acumulación de ácidos en el torrente sanguíneo denominados "cetonas"

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes, principalmente de la diabetes mellitus tipo 1. Se produce como consecuencia de la falta de insulina y se acompaña de una elevada producción de cuerpos cetónicos.

La cetoacidosis diabética puede ser el primer signo de diabetes en las personas a las que todavía no se la han diagnosticado.

En el momento de debut diabético en niños hay una descompensación metabólica importante, lo que más urge es conseguir el control de la glucemia mediante administración de insulina.

El objetivo que conseguir es un diagnóstico adecuado de diabetes para su correcto tratamiento y control.

Resumen: Presentamos el caso de un paciente varón de 12 años que debuta con una diabetes mellitus tipo 1 con cetoacidosis grave. Es llevado al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por su madre tras presentar febrícula, diarrea y decaimiento intenso de 4 días de evolución, consultado telefónicamente con su pediatra previamente y tratado como Gastroenteritis Aguda sin mejoría. El diagnóstico se confirma tras la toma de constantes pues presenta elevada cifra de glucemia y cuerpos cetónicos. Se inició tratamiento con insulina y fue derivado al hospital para control analítico y manejo de la enfermedad.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, diabetes tipo 1.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Varón de 12 años es llevado al Servicio de Urgencias de Atención Primaria con cuadro de diarrea de 4 días de evolución, febrícula y decaimiento intenso.

Observación Clínica:

Consciente con tendencia a la somnolencia

Tiraje intercostal y taquipnea

Palidez y frialdad, relleno capilar lento. Aspecto delgado y ojeroso

AC: Tonos rítmicos y sin soplos

AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: depresible, pero ofrece resistencia en hipogastrio, sin masas ni megalias

Toma de constantes vitales:

TA: 134/90mmHg FC:105 lpm FR:31 rpm Sat O2% 98 GC: 449 mg/dl

Cetonemia capilar: 5.9 mmol/L

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA), INTERVENCIONES (NIC) Y RESULTADOS (NOC)

1. NANDA (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico.

Definición: Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.

NOC (00600) Equilibrio electrolítico y ácido base

Indicadores:

- 060003 Frecuencia respiratoria

- 060006 Potasio sérico

- 060010 pH sérico
- 060013 Bicarbonato sérico
- 060026 Glucosa sérica
- 060014 Nitrógeno ureico en sangre

NIC (2020) Monitorización de electrolitos: mantener niveles de glucemia en rango, dieta equilibrada y ajustada a sus necesidades actuales.

NIC (4120) Manejo de líquidos: Administrar terapia IV según prescripción.

2. NANDA (00033) Deterioro de la ventilación espontánea.

Definición: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

NOC (000403) Estado respiratorio: ventilación

Indicadores:

- 040301 Frecuencia respiratoria.
- 040303 Profundidad de la respiración.

NIC (3350) Monitorización respiratoria: vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

3. NANDA (00126) Conocimientos deficientes

Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición r/c información insuficiente o inadecuada, edad del niño m/p declaraciones incorrectas sobre un tema, conducta inapropiada, ansiedad.

NOC (1820) Conocimiento: control de la diabetes.

Indicadores:

- (182002) Papel de la dieta en el control de la glucemia.
- (182012) Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo.
- (182006) Hiperglucemia y síntomas relacionados.
- (182007) Prevención de hiperglucemia.

NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad

4. NANDA (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre.

NOC (2300) Nivel de glucemia

Indicadores:

- (23001) Concentración sanguínea de glucosa.

NIC (2120) Manejo de la hiperglucemia

Indicadores:

- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.
- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, según corresponda.
- Administración de insulina según prescripción.

Discusión:

El diagnóstico es Debut de diabetes tipo 1 con cetoacidosis grave. Como diagnóstico diferencial encontramos diabetes insípida, hipercalcemia y gastroenteritis con deshidratación. La afección se desarrolla cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina. Normalmente, la insulina desempeña una función crucial en el paso de la glucosa, una de las principales fuentes de energía para los músculos y otros tejidos a las células. Si la cantidad de insulina es insuficiente, el cuerpo comienza a descomponer grasas para obtener energía. Este proceso produce una acumulación de ácidos en el torrente sanguíneo denominados "cetona"

Conclusiones:

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes, principalmente de la diabetes mellitus tipo 1. Se produce como consecuencia de la falta de insulina y se acompaña de una elevada producción de cuerpos cetónicos.

A veces, la cetoacidosis diabética es el primer signo de diabetes en las personas a las que todavía no se la han diagnosticado.

En el momento de debut diabético en niños hay una descompensación metabólica importante, lo que más urge es conseguir el control de la glucemia mediante administración de insulina.

El objetivo que conseguir es un diagnóstico adecuado de diabetes para su correcto tratamiento y control.

Bibliografía

- 1.- White N. Diabetic Ketoacidosis in children. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America 2000; 29(4).
2. Magee M, Bhatt B. Management of decompensated diabetes. Critical Care Clinics 2001; 17(1).
3. Silink M. Practical management of diabetic ketoacidosis. Am Fam Physician 1999; 455-64.
4. Camacho Mangriñan B, Manzanares Rodríguez A, Espino Aguilar R. Debut de diabetes mellitus tipo 1 en el área hospitalaria de Valme. Vox Paediatrica (online).2012; 19(1):9-13.

* Los datos recogidos se han realizado previo consentimiento verbal, que, en este caso al tratarse de un menor de edad, fue dado por su madre.

Capítulo 80

El Mieloma múltiple y la influencia de la Vitamina D en su desarrollo

*Arroyo Martínez, Esther
Ruíz Sánchez de León, Fermín
González Segura, Ana
Ruíz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen*

EL MIELOMA MÚLTIPLE Y LA INFLUENCIA DE LA VITAMINA D EN SU DESARROLLO

Esther Arroyo Martínez, Fermín Ruíz Sánchez de León, Ana González Segura, Inmaculada del Carmen Ruíz Sánchez de León

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una acumulación de mutaciones del genoma de una célula.

El MIELOMA MÚLTIPLE es una afección maligna de células plasmáticas de la médula ósea.

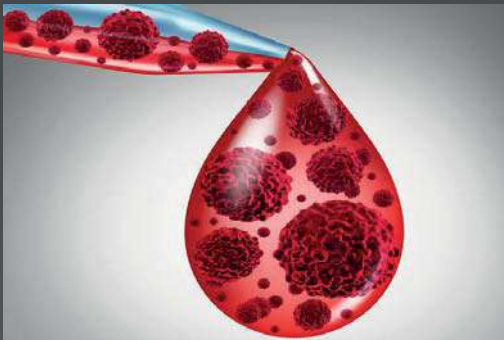
Provoca: deterioro de la masa ósea , fracturas.

ES UNA CAUSA IMPORTANTE DE MORBILIDAD Y DOLOR

La nutrición, y con ello la Vitamina D pueden influir en el desarrollo del Cáncer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos en PUBMED, Google Académico y en la Guía Española del Mieloma Múltiple.



CONCLUSIONES

- La vitamina D puede suponer un beneficio para pacientes con Mieloma Múltiple
- Necesario realizar una buena evaluación nutricional del paciente con Mieloma Múltiple
- Necesario intentar optimizar la calidad de vida del paciente y retrasar los efectos de la falta de Vitamina D



OBJETIVO

Averiguar si la Vitamina D afecta de forma positiva en el enlentecimiento de la enfermedad , o por el contrario no influye en el desarrollo de esta.

RESULTADOS

- ❖ Se ha observado que los pacientes bien nutridos tienen mejor pronóstico y calidad de vida
- ❖ La malnutrición puede influir de manera negativa en la morbimortalidad del paciente con cáncer
- ❖ Los tumores complican la absorción de macro y micronutrientes

IMPORTANCIA DE LA VITAMINA D

Puede reducir la aparición del cáncer.
Influye en el crecimiento y mineralización ósea

DEFICIENCIAS DE VITAMINA D
FAVORECE A LA APARICIÓN DE
OSTEOPOROSIS,
ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES,
DIABETES Y CÁNCER

EL AUMENTO DE APOORTE DE VITAMINA D EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE PUEDE CAMBIAR EL PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Resumen: Existen numerosos tipos de cáncer, definiéndose esto como "acumulación progresiva de mutaciones del genoma de una célula". El Mieloma Múltiple, consiste en una afección maligna de las células plasmáticas de la médula ósea. Este cáncer causa pérdida de la masa ósea rápida, inhibe la actividad del osteoblasto y aumenta la osteoclástica. Es una causa importante de morbilidad y dolor.

Se conoce la importancia de la nutrición en la salud. Centrándonos en la Vitamina D, se conoce que está involucrada en el crecimiento, mineralización ósea y diferenciación celular. Por esto, se plantea la posible influencia de esta vitamina en esta enfermedad.

Palabras Clave: Mieloma Múltiple, Vitamina D, Cáncer

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El cáncer es una enfermedad que consiste en la acumulación progresiva de mutaciones del genoma de una célula, afectándose los mecanismos homeostáticos. La etiología del cáncer es multifactorial.

Entre los numerosos tipos de cáncer, nos centramos en el mieloma múltiple, el cual consiste en una afección maligna de células plasmáticas de la médula ósea, provocando el deterioro de la masa ósea, lesiones líticas y fracturas. Este tipo de cáncer produce un aumento de las inmunoglobulinas, insuficiencia renal, anemia e inmunodeficiencia.

Se empieza a sospechar que se puede padecer esta patología en personas mayores de 40 años con dolor óseo sin causa reconocida, sobre todo predominante durante la noche o en reposo y con alteraciones de laboratorio inexplicables.

Este tipo de cáncer causa una pérdida de masa ósea rápida, aumento de la actividad osteoclástica e inhibición del osteoblasto, apareciendo así lesiones líticas.

En estos años ha tomado relevancia la nutrición en la salud. Por este motivo se ha comprobado que la nutrición puede tener relación en el proceso de carcinogénesis, por lo que se considera necesario estudiar la relación entre nutrientes, metabolismo y la susceptibilidad genética en la etiología del cáncer.

Entrando en el mundo de la nutrición, surge la duda de cómo puede influir la vitamina D en el Mieloma Múltiple, ya que está implicada en el crecimiento, mineralización ósea y en la diferenciación celular.

Objetivo:

Se plantea como objetivo averiguar si la Vitamina D afecta de forma positiva en el enlentecimiento de la enfermedad, o por el contrario no influye en el desarrollo de ésta.

Material y Método:

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos en PUBMED, Google Académico y en la Guía Española del Mieloma Múltiple.

Resultados:

Tras realizar el proceso de búsqueda bibliográfica comentado anteriormente se ha podido comprobar que los pacientes bien nutridos tienen mejor pronóstico y calidad de vida, relacionando el estado nutricional que presentan con la progresión y pronóstico del cáncer.

Por este motivo, se ha podido determinar que la malnutrición sí podría influir negativamente sobre la morbimortalidad en el paciente oncológico.

También hay que tener en cuenta, que los tumores pueden complicar la absorción de macro y micronutrientes, por lo que se vio necesario averiguar la influencia de la Vitamina D en estos pacientes.

Tras surgir estas dudas, lo que se ha comprobado sobre la Vitamina D, es que este tipo de vitaminas antioxidantes pueden reducir la aparición del cáncer, por lo que se recomienda aumentar la ingesta en pacientes sanos y enfermos.

Además, esta vitamina influye en el crecimiento y mineralización ósea, también teniendo efectos sobre el sistema inmune, siendo importante en la carcinogénesis y el polimorfismo genético.

Tras comprobar las diferentes funciones tan importantes de la Vitamina D, se puede asegurar que deficiencia de esta vitamina va a favorecer a la aparición de osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.

Conclusiones:

Tras realizar esta investigación exhaustiva sobre el Mieloma Múltiple y la Vitamina D se puede determinar que esta vitamina si puede ser una buena vía de actuación complementaria para este tipo de cáncer.

Será necesario contar con un buen experto en nutrición que realice una buena evaluación nutricional integrando de este tipo de pacientes, con el fin de poder optimizar su calidad de vida e intentar retrasar los efectos negativos del proceso de su enfermedad intentando aportar la cantidad correcta de Vitamina D, siendo necesario el aumento de aporte de ésta en pacientes enfermos.

Tras todo esto, se puede concluir con que el aporte de Vitamina D en los pacientes con Mieloma Múltiple puede cambiar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- 1.- Adrianzade Baptista, G., Murillo, C. Cáncer-vitaminas-minerales: Relación compleja. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. 2014. 64(4): 220-230
- 2.- Aguado, B., Alegre., Blanchard, MJ., Cadena, T., et all. Guía de Mieloma Múltiple. Grupo Español de Mieloma. Madrid. Luzán5 HealthConsulting, S.A. 2021
- 3.- Berenson, JR. Mielomatosis, mieloma de células plasmáticas. Manual MSD versión para profesionales. 2019. 1-8
- 4.- Drnovsek, M., Echín, M., Ercolano, M., Rubín, Z. Prevención y tratamiento de la osteoporosis en pacientes con Mieloma múltiple, estadios iniciales de Carcinoma de mama y Cáncer de próstata. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2011. 48(2): 107-113
- 5.- Yellapragada. S., Fillmore. N., Frolov., A., et all. VitaminD deficiency predicts for poor overall survival in white but not African American patients with multiple myeloma. Blood advances. 2020. 4(8): 1643-1646

Capítulo 81

El Orden de Administración de Inhaladores ¿Broncodilatadores o Corticoides Primero?

*García- Muñoz López- Menchero, Diana
Moreno Delgado, Tania
Lara Lozano, Elena
Nuñez Sánchez Migallón, Ana Belén
Piqueras Crespo, Lourdes*

EL ORDEN DE ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES: ¿BRONCODILATADORES O CORTICOIDES PRIMERO?

INTRODUCCIÓN

La aerosolterapia es el tratamiento que utiliza la vía respiratoria para la administración de un fármaco, en líquido o en polvo, en forma de aerosol. Sus ventajas respecto a las terapias sistémicas son: el rápido acceso al sistema respiratorio y una acción inmediata. La terapia inhalada se utiliza fundamentalmente para el tratamiento de diferentes patologías respiratorias: EPOC, asma, alergias, etc.

Existen cuatro grupos de dispositivos para la administración de aerosoles: Inhaladores presurizados con o sin cámara de inhalación, Inhaladores de niebla fina, Inhaladores de polvo seco y Nebulizadores.

Su principal desventaja es el uso inadecuado por parte del paciente. Esto se percibe en un mayor porcentaje de reingresos en aquellos con patología respiratoria crónica, como consecuencia del fracaso del régimen terapéutico. Para ello, el papel de la Enfermera es vital para la educación del paciente y familia, en un uso correcto de estos fármacos.



OBJETIVOS

- ❑ Conocer por parte del personal de enfermería el orden correcto de aplicación en el tratamiento de inhaladores para un resultado eficaz.
- ❑ Enseñar a los pacientes dichos conocimientos para un uso terapéutico correcto.

METODOLOGÍA

Hemos llevado a cabo una revisión sistemática de estudios acerca de los diferentes dispositivos inhaladores y su utilización correcta, éstos han sido elegidos entre los publicados desde el año 2010 hasta la actualidad.

La búsqueda de literatura la hemos realizado en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, utilizando como palabras claves proporcionadas por el DeCS: Inhaladores (Nebulizers), Aerosoles (Aerosols) y Administración Inhalatoria (Inhalation administration).

RESULTADOS:

El tratamiento que más se usa en la patología respiratoria tanto en las fases estables como de reagudización de las enfermedades respiratorias crónicas son los broncodilatadores, los corticoides y/o la mezcla de ambos.

- Los fármacos Broncodilatadores tienen como función principal facilitar la apertura de las vías respiratorias para la entrada del aire, aliviar los síntomas respiratorios y su acción es rápida con duración variable según el medicamento utilizado. Deben administrarse los primeros.
- Los fármacos Anticolinérgicos son un tipo de broncodilatador que deben administrarse en segundo lugar su acción puede ser variable desde 4 horas hasta 24 horas.
- Los fármacos Corticoides deben administrarse en último lugar. Su efecto no es tan rápido, ayudan a mantener los bronquios sin inflamación, son utilizados para controlar la enfermedad.

1º BRONCODILATADORES:

- Salbutamol (Ventolín)
- Salmeterol (Serevent)
- Terbutalina (Terbasmin)

2º ANTICOLINÉRGICOS

- Bromuro de Ipratropio (Atrovent)

3º CORTICOIDES:

- Budesonida (Pulmicort)
- Propionato de Fluticasona (Flixotide)



CONCLUSIONES

La terapia inhalada se ha convertido en la pieza clave en el abordaje de múltiples enfermedades es por ello que enfermería debe conocer la importancia de la correcta administración de los inhaladores y tiene que saber explicar al paciente la correcta utilización de los sistemas de inhalación, además de poner en conocimiento los diferentes dispositivos para la administración de aerosoles.

Conocer el orden de administración de los fármacos por vía inhalada es de suma importancia para llevar a cabo de forma correcta el tratamiento.

Resumen: La aerosolterapia es un tratamiento muy utilizado en la vía respiratoria para la administración de un fármaco, en forma de aerosol o suspensión de partículas microscópicas de sólidos o líquidos en el aire. Su principal ventaja respecto a otras terapias es el rápido acceso al sistema respiratorio. La técnica de inhalación es uno de los factores más importantes que determina la biodisponibilidad del fármaco en la vía aérea inferior y la eficacia terapéutica de los inhaladores. El dominio por parte de enfermería en la terapia inhalada es fundamental en el tratamiento de patologías respiratorias.

Palabras Clave: Como palabras clave hemos utilizado los DeCS (Descriptores en Ciencias de Salud) realizados por BIREME de la Organización Panamericana de la Salud:

Inhaladores (Nebulizers), Aerosoles (Aerosols), Administración por Inhalación (Administration Inhalation)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las enfermedades respiratorias crónicas más extendidas en la sociedad son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el Asma con sus reagudizaciones correspondientes. Estas pueden ser tratadas y/o controladas por el propio paciente, siempre y cuando sepa cómo hacerlo, quiera hacerlo y disponga de las cualidades físicas y psíquicas suficientes para hacerlo.

La administración de fármacos por vía inhalatoria es el tratamiento de elección para las enfermedades que cursan con obstrucción bronquial, debido a sus ventajas sobre la vía oral. Al usar la vía inhalatoria estamos permitiendo al fármaco actuar directamente sobre el árbol bronquial. Razón por la cual, a través de esta vía, obtenemos una mayor rapidez de acción y necesitamos dosis más bajas para una respuesta adecuada. Por otro lado, no nos podemos olvidar de la gran variedad de dispositivos inhaladores que hay en la industria farmacológica. Esto facilita que a cada paciente se le pueda tratar con el sistema que más se ajuste a sus características. Debemos valorar, según las características del paciente, cuál es su inhalador ideal, el que puede realizar de manera correcta para que produzca el efecto.

Es innegable la importancia del papel crucial que debe realizar la enfermera en educar a dichos pacientes en controlar y aprender a vivir con su enfermedad, la cual les acompañará toda la vida.

Objetivo:

Conocer por parte del personal de enfermería el orden correcto de aplicación en el tratamiento de inhaladores para un resultado eficaz.

Enseñar a los pacientes dichos conocimientos para un uso terapéutico correcto.

Material y Método:

Hemos llevado a cabo una revisión sistemática de estudios acerca de los diferentes dispositivos inhaladores y su utilización correcta, éstos han sido elegidos entre los publicados desde el año 2010 hasta la actualidad. La búsqueda de literatura la hemos realizado en bases de datos científicas

(Pubmed, Cochrane) y buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, utilizando como palabras claves proporcionadas por el DeCS: Inhaladores (Nebulizers), Aerosoles (Aerosols) y Administración por Inhalación (Administration Inhalation).

Resultados:

Es el tratamiento que más se usa en la patología respiratoria tanto en las fases estables como de reagudización de las enfermedades respiratorias crónicas son los broncodilatadores, los corticoides y/o la mezcla de ambos.

Los fármacos Broncodilatadores tienen como función principal facilitar la apertura de las vías respiratorias para la entrada del aire, aliviar los síntomas respiratorios y su acción es rápida con duración variable según el medicamento utilizado. Deben administrarse los primeros. Los fármacos Anticolinérgicos son un tipo de broncodilatador que deben administrarse en segundo lugar, su acción puede ser variable desde 4 horas hasta 24 horas.

Los fármacos Corticoides deben administrarse en último lugar. Su efecto no es tan rápido, ayudan a mantener los bronquios sin inflamación, son utilizados para controlar la enfermedad.

Conclusiones:

La terapia inhalada se ha convertido en la pieza clave en el abordaje de múltiples enfermedades respiratorias. Por ello enfermería debe conocer la importancia de la correcta administración de los inhaladores, y, tiene que saber explicar al paciente la correcta utilización de los sistemas de inhalación, además de poner en conocimiento los diferentes dispositivos para la administración de aerosoles. Conocer el orden de administración de los fármacos por vía inhalada es de suma importancia para llevar a cabo de forma correcta el tratamiento.

Bibliografía

- 1.- García Cases S., Caro Aragonés I., et al. Dispositivos y Guía de Administración Inhalatoria. Área de Asma de SEPAR (Sociedad Española Neumología y Cirugía Torácica) Consenso SEPAR sobre terapia inhalada. *Archivo Bronconeumol.* 2013; Vol. 49 (supl. 1): 2-14.
- 2.- Brau Tarrida A., Canela Pujol C., Murillo Anzano C. ¿Cómo se utilizan los dispositivos de inhalación? *FMC.* 2014; Vol. 21 Número 3, 153-159.
- 3.- Plaza V., et al. Validación externa de las recomendaciones del Consenso multidisciplinar sobre Terapia Inhalada. *Archivo Bronconeumol.* 2012; Vol. 48(6): 189- 196.
- 4.- Úbeda Sansano MI., Cortés Rico O., et al. Dispositivos de inhalación. *El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-X) [consultado 23/07/2021]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>).*

Capítulo 82

El papel de la fisioterapia en la parálisis braquial obstétrica.

*Cortés Pérez, Irene
Acosta López, Alexandra
Simón Sierra, Juan José*

EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

SATSE

Cortés Pérez I; Acosta López A; Simón Sierra J.J.

INTRODUCCIÓN

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una enfermedad ocasionada en el nacimiento por tracción del plexo braquial, ocasionando una afectación del miembro superior. Aparecen secuelas estructurales y de función, variando según el nivel de lesión.

OBJETIVOS

- Indagar sobre la importancia de la fisioterapia en la PBO.
- Conocer las diferentes métodos y técnicas fisioterápicas utilizadas en la PBO.
- Conocer los beneficios de las técnicas utilizadas en la PBO.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

Entre las técnicas fisioterápicas utilizadas en los artículos estudiados se pueden observar:

- Programas de electroestimulación neuromuscular.
- Programas de realidad virtual.
- Protocolos de terapia de movimiento inducido por restricción.
- Protocolo de uso de kinesiotape.
- Uso de férulas y órtesis.
- Programas de ejercicio terapéutico convencional.
- Uso de terapia fascial.

Los beneficios observados con la aplicación de las técnicas anteriores son:

- Mejora de la funcionalidad del miembro superior afectado.
- Mejora en la función bimanual.
- Mejora en las actividades de la vida diaria.
- Aumento del recorrido osteoarticular de las articulaciones del miembro superior.
- Aumento de fuerza muscular.
- Aumento de la estabilidad articular.
- Mejora en la densidad mineral ósea.

CONCLUSIONES

Existen diferentes técnicas para el abordaje de esta enfermedad. Los tratamientos fisioterápicos realizados en esta patología es un factor clave para la mejora de la lesión. Sería conveniente realizar estudios experimentales con seguimiento a largo plazo para establecer los mejores protocolos aprovechando la combinación de diferentes métodos fisioterápicos con el objetivo de abordar la patología de la mejor y más eficaz manera posible.

REFERENCIAS

1. El-Shamy S, Alsharif R. Effect of virtual reality versus conventional physiotherapy on upper extremity function in children with obstetric brachial plexus injury. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2017;17:319-326.
2. Cobo-Vicente F et al. Neuromuscular Electrical Stimulation Improves Muscle Strength, Biomechanics of Movement, and Functional Mobility in Children With Chronic Neurological Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther* 2021 Oct; 101 (10).
3. Palomo R, Sánchez R. Physiotherapy applied to the upper extremity in 0 to 10-year-old children with obstetric brachial palsy: a systematic review. *Rev Neurol*. 2020 Jul; 71(1): 1-10.

Resumen: La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una enfermedad ocasionada en el nacimiento, provocando una afectación del miembro superior (MS). Los objetivos del estudio son indagar sobre la importancia de la fisioterapia en la PBO, conocer las diferentes técnicas fisioterápicas utilizadas y sus beneficios. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de los últimos 5 años. Entre los métodos fisioterápicos encontrados destacan la terapia de movimiento inducido por restricción, kinesiotape, y realidad virtual, entre otros. Los beneficios encontrados con estas técnicas son: mejora de la funcionalidad del MS, de la fuerza muscular, recorrido osteoarticular, entre otros.

Palabras Clave: Obstetric Brachial Palsy, Physiotherapy, Physical therapy

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una enfermedad ocasionada en el nacimiento por tracción del plexo braquial, ocasionando una afectación del miembro superior. Aparecen secuelas estructurales y de función, variando según el nivel de lesión.

Su incidencia no se conoce con exactitud, pudiéndose estimar sobre 1,5 casos de cada 1.000 recién nacidos.

Existen diferentes formas de clasificar la PBO. Si lo hacemos en función de la localización de la lesión dentro del plexo braquial, podemos distinguir:

- *Lesión proximal o parálisis de Erb-Duchenne:* engloba las raíces C5 y C6, y en ocasiones puede incluir también D1. Es la más frecuente. Afecta a los rotadores externos y abductores de hombro, los flexores de codo y los extensores de la muñeca.

- *Lesión distal o parálisis de Déjerine-Klumpke:* abarca las raíces C8 y D1. Afecta a la musculatura flexora de la muñeca y los dedos y a la musculatura intrínseca de la mano.

- *Lesión global:* constituye la lesión completa del plexo braquial, incluyendo las raíces de C5 a D1. Se observa, comúnmente, brazo en péndulo, sin actividad voluntaria, ya sea refleja o motora.

Objetivo:

- Indagar sobre la importancia de la fisioterapia en la PBO.
- Conocer las diferentes métodos y técnicas fisioterápicas utilizadas en la PBO.
- Conocer los beneficios de las técnicas utilizadas en la PBO.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos de Pubmed, Pedro y ScienceDirect de los últimos 5 años, utilizando las siguientes palabras claves:

- Obstetric Brachial Palsy AND physiotherapy.

- Obstetric Brachial Palsy AND physical therapy.

Se han seleccionado aquellos artículos científicos que incluyen pacientes con PBO, sin tener en cuenta los tipos de estudio y métodos de elaboración utilizados por los autores.

Resultados:

De los 180 artículos que cumplían los criterios de inclusión y tras eliminar duplicidades se han analizado 11 artículos.

Tras una lectura crítica de estos estudios se ha visto que los métodos fisioterápicos utilizados en la PBO principalmente son la terapia de movimiento inducido por restricción, el kinesiotape, la electroterapia mediante electroestimulación, la terapia fascial, los programas de ejercicios convencionales, la realidad virtual y el uso de férulas/órtesis.

Los beneficios observados con la aplicación de las técnicas anteriores son: mejora de la funcionalidad del miembro superior afectado, mejora en la función bimanual, mejora en las actividades de la vida diaria, aumento del recorrido osteoarticular de las articulaciones del miembro superior, aumento de fuerza muscular, aumento de la estabilidad articular y mejora en la densidad mineral ósea.

En todos los artículos consultados consideran que la fisioterapia es una parte fundamental del proceso de mejora en las secuelas de la PBO.

Conclusiones:

Existen diferentes técnicas para el abordaje de esta enfermedad. Los tratamientos fisioterápicos realizados en esta patología son un factor clave para la mejora de la lesión, una vez sea autorizado por el equipo médico y con la mayor prontitud posible.

Sería conveniente realizar estudios experimentales con seguimiento a largo plazo para establecer los mejores protocolos aprovechando la combinación de diferentes métodos fisioterápicos con el objetivo de abordar la patología de la mejor y más eficaz manera posible.

Bibliografía

1.- El-Shamy S, Alsharif R. Effect of virtual reality versus conventional physiotherapy on upper extremity function in children with obstetric brachial plexus injury. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 2017; 17: 319-326.

2.- Cobo-Vicente F et al. Neuromuscular Electrical Stimulation Improves Muscle Strength, Biomechanics of Movement, and Functional Mobility in Children With Chronic Neurological Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther* 2021 Oct; 101 (10).

3.- Palomo R, Sánchez R. Physiotherapy applied to the upper extremity in 0 to 10-year-old children with obstetric brachial palsy: a systematic review *Rev Neurol*. 2020; 71(1): 1-10.

Capítulo 83

El signo bioquímico de la empatía. Oxitocina

*Juan García, Carmen
Plaza Carmona, María
Lozano Fernández, Sara*

INTRODUCCION

El comportamiento social está regulado por los sistemas neuroendocrinos donde las hormonas como el cortisol y la oxitocina tienen un papel primordial.

OBJETIVO

Conocer la relación entre la oxitocina y la empatía, en los diferentes comportamientos sociales

MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura. Utilizando para ello las siguientes bases de datos: google scholar, Medline/Pubmed, Web of Science y Dialnet. Los términos de búsqueda: "Oxytocin"[DeCsTerms] AND "Empathy" [DeCsTerms] AND "Interpersonal Relations" [DeCsTerms].

RESULTADOS

Oxitocina:

- 1- Hormona sintetizada y secretada por neuronas del hipotálamo.
- 2- Papel en la lactancia y el parto, produce las contracciones del miometrio, y la eyección de leche en las células de la mama.
- 3- Funciones involucradas tanto a nivel central como periférico.
- 4- Relacionada con vínculos sociales como son **la empatía**, **la afiliación** y el **comportamiento social**.
- 5- Regula la conducta a la hora de crear vínculos hacia los demás.
- 6- Relación directa con el cortisol ya que un **aumento** de la **oxitocina** produce un **descenso** de los niveles de **cortisol**, disminuyendo así los niveles de estrés y mejorando problemas inmunológicos, gastrointestinales, etc.



CONCLUSIONES

La oxitocina regula e influye en el comportamiento social humano, pudiendo actuar sobre los trastornos psicológicos relacionados con las percepciones sociales y relaciones interpersonales, por lo tanto, puede aumentar la empatía emocional en las relaciones sociales, logrando que sepan diferenciar emociones de los demás.

Resumen: *La oxitocina es una hormona relacionada con los patrones sexuales y la lactancia materna, funciona como un neurotransmisor y tiene un papel fundamental en la regulación del comportamiento social y afectivo. Se ha demostrado que tiene otras funciones que están involucradas tanto a nivel central como periférico, como son la empatía, la afiliación y el comportamiento social, demostrando que esta hormona regula la conducta a la hora de crear vínculos hacia los demás. Por lo tanto, la oxitocina regula e influye en el comportamiento social humano. Por lo que, puede aumentar la empatía emocional en las relaciones sociales.*

Palabras Clave: *Oxitocina, Empatía, Relaciones Interpersonales*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El comportamiento social está regulado por los sistemas neuroendocrinos donde las hormonas como el cortisol y la oxitocina tienen un papel primordial. El cortisol está involucrado con el estrés y la oxitocina es la encargada de regular las funciones reproductivas, y que se ha relacionado con los comportamientos sociales como la empatía, entendida esta como capacidad de comprender los sentimientos, emociones y pensamientos de los demás, tratando de adoptar sus puntos de vista y experimentando reacciones emocionales similares.

Objetivo:

Conocer la relación entre la oxitocina y la empatía, en los diferentes comportamientos sociales.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada en los últimos 5 años, utilizando para ello las siguientes bases de datos: google scholar, Medline/Pubmed, Web of Science y Dialnet. Los términos de búsqueda utilizados fueron: "Oxytocin"[DeCsTerms] AND "Empathy" [DeCsTerms] AND "Interpersonal Relations" [DeCsTerms].

Resultados:

La oxitocina es una hormona sintetizada y secretada por neuronas del hipotálamo, conocida por su papel en la lactancia y el parto, ya que produce las contracciones del miometrio, y durante la lactancia, produce la eyección de leche en las células de la mama. Además, se ha demostrado que la oxitocina tiene más funciones que están involucradas tanto a nivel central como periférico. Por ello, que se han encontrado estudios sobre vínculos sociales y su relación con los seres humanos, como son la empatía, la afiliación y el comportamiento social, demostrando que esta hormona regula la conducta a la hora de crear vínculos hacia los demás. Tiene una relación directa con el cortisol ya que un aumento de la oxitocina produce un descenso de los niveles de cortisol, disminuyendo así los niveles de estrés y mejorando problemas inmunológicos, gastrointestinales, etc.

Conclusiones:

La oxitocina regula e influye en el comportamiento social humano, pudiendo actuar sobre los trastornos psicológicos relacionados con las percepciones sociales y relaciones interpersonales,

por lo tanto, puede aumentar la empatía emocional en las relaciones sociales, logrando que sepan diferenciar emociones de los demás..

Bibliografía

1.- Bellosta Batalla, M. (2019). Beneficios de una intervención basada en mindfulness y compasión en la formación de los psicólogos clínicos y sanitarios. Aumento de la empatía y los niveles de oxitocina salivar.

2.- Rabasot Franco, C. (2022). Oxitocina y vínculos sociales.

3.- Gómez Carvajal, A. M. (2018). Oxitocina, emociones sociales negativas y otros dominios de la cognición social.

4.- López-Ramírez, C. E.y cols. (2014), "Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen", Ginecología y Obstetricia de México, 82:472-482.

Capítulo 84

Endulzando la Vida: Diabetes Mellitus y Los Problemas afectivos

*Maján Sesmero, Antonio
Alcázar Pérez, Alberto
Messía de la Cerda Mendoza, María*

ENDULZANDO LA VIDA

DIABETES MELLITUS Y LOS PROBLEMAS AFECTIVOS

ANTONIO MAJÁN SESMERO, ALBERTO ALCÁZAR PÉREZ, MARIA MESSIA DE LA CERDA MENDOZA

INTRODUCCIÓN

La **Diabetes Mellitus (DM)** es una de las principales enfermedades crónicas que padece la población adulta, alcanzando **proporciones epidémicas desorbitadas a nivel internacional** como resultado de los cambios en los estilos de vida de la población. Es un problema de salud, que impacta a nivel físico, psicológico y social, lo cual trae consigo desajustes en el propio paciente y en su entorno. Es un padecimiento que depende en gran medida del **conocimiento, habilidades y actitudes** de la persona para poder llevar un control de la misma.

La presencia de niveles altos de **ansiedad, depresión o un cualquier trastorno afectivo disminuye la calidad de vida** de pacientes con DM, incrementando las complicaciones propias y el control glucémico, sobre todo. Éstas se han convertido en las **principales variables en relación con la calidad de vida** en esta enfermedad crónica, confirmando que estos pacientes presentan una **mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que el resto de la población**.



OBJETIVOS

- Evaluar la **frecuencia de problemas afectivos asociados al uso inadecuado y desconocido** de la población con Diabetes Mellitus.
- Conocer las posibles causas y factores determinantes que pueden llevar a un **feedback patológico entre ambas enfermedades**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en **pacientes diabéticos** que asisten a talleres educativos en el **Hospital de día Endocrinológico del Virgen de la Victoria en Málaga**, durante los meses de enero a mayo de 2022.

Se hace una revisión bibliográfica en Pubmed y Google Académico y una recogida de datos mediante el **cuestionario validado PAID-5 sobre los problemas afectivos ocasionados por la diabetes**, evaluados en 5 ítems con puntuación tipo Likert.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP 1.0.

Áreas problemáticas en la diabetes: PAID-5					
Instrucciones: ¿Cuáles de los siguientes problemas de diabetes son actualmente un problema para usted? Encierre en un círculo el número que le dé la mejor respuesta. Por favor de una respuesta por cada pregunta.					
	No hay problema	Problema menor	Problema moderado	Problema algo serio	Problema serio
Sentir miedo o estar nervioso cuando pienso en salir con diabetes	0	1	2	3	4
Sentirse deprimido cuando pienso en vivir con diabetes	0	1	2	3	4
Preocuparse por el futuro y la posibilidad de complicaciones graves	0	1	2	3	4
Sentir que la diabetes está consumiendo demasiado energía mental y física todos los días	0	1	2	3	4
Hacer frente a las complicaciones de la diabetes	0	1	2	3	4

	PUNTUACIÓN NEGATIVA	PUNTUACIÓN POSITIVA
PREGUNTA 1	14,33	16,29
PREGUNTA 2	10,92	15,23
PREGUNTA 3	34,84	24,67
PREGUNTA 4	13,99	21,73
PREGUNTA 5	25,92	22,08

- ✓ Se obtuvieron 126 cuestionarios válidos, donde **65 dieron una puntuación positiva y 61 negativa**.
- ✓ Se recogieron los ítems más significativos, siendo **el tercero más puntuado (34,84%) entre toda la muestra, además del cuarto también entre los que dieron puntuaciones altas (21,73%)**.

RESULTADOS

- ✓ Entre los positivos, **47 no reciben tratamiento para ansiedad/depresión**, siendo la mayoría pacientes con **más de 7 años de diabetes**.
- ✓ Dentro del factor extranjería, Marruecos es la nacionalidad con mayor porcentaje, al igual que el estar **desempleado y estado civil de divorcio o viudedad**.
- ✓ Por último, no hay datos significativos en cuanto a sexo y edad, a pesar de que **la población menor de 40 años tiende a mayores puntuaciones**.

CONCLUSIONES

Los datos del presente estudio informan de la **elevada frecuencia de ambos problemas, relacionándose con dificultades para el control glucémico, emocional y social en actividades de la vida diaria o calidad de vida**, así como en síntomas de riesgo para desarrollar problemas de salud mental y la experimentación de mayores niveles de estrés.

La OMS ha señalado que tanto la diabetes mellitus como los problemas afectivos (depresión y ansiedad entre otros), ya son de los problemas más frecuentes en la sociedad, **incrementando su incidencia y previsión en los próximos años**.

Por último, se deberían valorar **aspectos psicológicos en la diabetes ya que repercuten en su mejor control y prevención de las consecuencias físicas**.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. (2018). Glycemic targets: standards of medical care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*, 41(1), S55-S64.
- Teresa Anarte Orti, M., Machado Romero, A., de Adana Navas, M. S. R., & Félix Caballero Diaz, F. (2010). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. *Ansiedad y estrés*, 16(1).
- McGuire, BE, Morrison, TG, Hermanns, N., Skovlund, S., Eldrup, E., Gagliardino, J., ... y Shoek, FJ (2010). Medidas abreviadas de angustia emocional relacionada con la diabetes: la escala de áreas problemáticas en diabetes (PAID)-5 y PAID-1. *Diabetología*, 53(1), 66-69.



Resumen: *Introducción: la Diabetes Mellitus y los problemas afectivos se han convertido en un problema en nuestra sociedad, retroalimentándose y dependiendo en sus evoluciones.*

Objetivos: *Evaluar la frecuencia de problemas afectivos en la población con Diabetes Mellitus.*

Metodología: *estudio descriptivo transversal realizándose un cuestionario en pacientes diabéticos para análisis de resultados.*

Resultados: *Las puntuaciones altas refieren sentir que la diabetes está consumiendo energía mental y física en su día a día. En cuanto los negativos podrían generar problemas afectivos de los que carecen actualmente.*

Conclusiones: *se deberían valorar aspectos psicológicos en la diabetes ya que repercuten en su mejor control y prevención de las consecuencias físicas.*

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus, Salud Mental, Educación sanitaria*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales enfermedades crónicas que padece la población adulta, alcanzando proporciones epidémicas desorbitadas a nivel internacional como resultado de los cambios en los estilos de vida de la población. Es un problema de salud, que impacta a nivel físico, psicológico y social, lo cual trae consigo desajustes en el propio paciente y en su entorno. Es un padecimiento que depende en gran medida del conocimiento, habilidades y actitudes de la persona para poder llevar un control de la misma.

La presencia de niveles altos de ansiedad, depresión o un cualquier trastorno afectivo disminuye la calidad de vida de pacientes con DM, incrementando las complicaciones propias y el control glucémico, sobre todo. Éstas se han convertido en las principales variables en relación con la calidad de vida en esta enfermedad crónica, confirmando que estos pacientes presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que el resto de la población.

Objetivo:

- Evaluar la frecuencia de problemas afectivos asociados al uso inadecuado y desconocido de la población con Diabetes Mellitus.
- Conocer las posibles causas y factores determinantes que pueden llevar a un feedback patológico entre ambas enfermedades.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes diabéticos que asisten a talleres educativos en el Hospital de día Endocrinológico del Virgen de la Victoria en Málaga, durante los meses de enero a mayo de 2022. Se contó con una muestra de conveniencia de 126 usuarios.

Se hace una revisión bibliográfica en Pubmed y Google Académico y una recogida de datos mediante el cuestionario validado PAID-5 (Problem Areas in Diabetes Scale) sobre los problemas afectivos ocasionados por la diabetes, evaluados en 5 ítems con puntuación tipo Likert.

La realización del cuestionario fue anónima y voluntaria, previa autorización en los menores de edad. El estudio estadístico se realizó con el programa PSPP 1.0.

Resultados:

Se obtuvieron 126 cuestionarios válidos, donde 65 dieron una puntuación mayor de 8, siendo positiva, y 61 por debajo e igual de 8, siendo negativa.

Se recogieron los ítems más significativos, siendo el tercero más puntuado (34,84%) entre toda la muestra, además del cuarto también entre los que dieron puntuaciones altas (21,73%).

Entre los positivos, 47 no reciben tratamiento para ansiedad/depresión, siendo la mayoría pacientes con más de 7 años de diabetes.

Dentro del factor extranjería, Marruecos es la nacionalidad con mayor porcentaje, al igual que el estar desempleado y estado civil de divorcio o viudedad.

Por último, no hay datos significativos en cuanto a sexo y edad, a pesar de que la población menor de 40 años tiende a mayores puntuaciones.

Conclusiones:

Los datos del presente estudio informan de la elevada frecuencia de ambos problemas, relacionándose con dificultades para el control glucémico, emocional y social en actividades de la vida diaria o calidad de vida, así como en síntomas de riesgo para desarrollar problemas de salud mental y la experimentación de mayores niveles de estrés.

La principal limitación de este estudio ha sido su escaso tamaño muestral. Dada la prevalencia del trastorno, es una limitación con difícil solución. No obstante, sería posible aumentarlo con un estudio multicéntrico, por lo que una futura línea de investigación podría tener este objetivo.

La OMS ha señalado que tanto la diabetes mellitus como los problemas afectivos (depresión y ansiedad entre otros), ya son de los problemas más frecuentes en la sociedad, incrementando su incidencia y previsión en los próximos años.

Por último, se deberían valorar aspectos psicológicos en la diabetes ya que repercuten en su mejor control y prevención de las consecuencias físicas.

Bibliografía

1.- American Diabetes Association. (2018). Glycemic targets: standards of medical care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*, 4(1), S55–S64.

2.- Teresa Anarte Orti, M., Machado Romero, A., de Adana Navas, M. S. R., & Félix Caballero Díaz, F. (2010). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. *Ansiedad y estrés*, 16 (1).

3.- McGuire, BE, Morrison, TG, Hermanns, N., Skovlund, S., Eldrup, E., Gagliardino, J., ... y Snoek, FJ (2010). Medidas abreviadas de angustia emocional relacionada con la diabetes: la escala de áreas problemáticas en diabetes (PAID)-5 y PAID-1. *Diabetología*, 53 (1), 66-69.

Capítulo 85

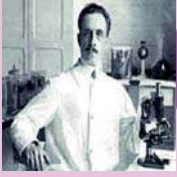
Enfermedad de Chagas y Gestación

*Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes*

ENFERMEDAD DE CHAGAS Y GESTACIÓN.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; M^a LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:



Carlos Chagas, médico brasileño que identificó el parásito y la enfermedad que produce.



La enfermedad estaba y sigue estando estrechamente asociada a la pobreza; la mayoría de afectados viven en casas de mala calidad (barro, caña y paja). A su vez, los triatomas abundan en grietas de paredes y techos.



Mecanismos de transmisión:

- Vía vectorial
- Vía sanguínea
- Transmisión vertical

Se trata de una zoonosis parasitaria de transmisión vectorial, endémica de Centro y Sudamérica.

Agente Etiológico: protozoo *Trypanosoma cruzi*



Su tratamiento, el Benznidazol (Nifurtimox como alternativa) no puede administrarse a gestantes.



La transmisión vertical (del 4-7% en nuestro medio y del 12% en algunos países de origen) es la ppal vía de transmisión en nuestro medio.

España es uno de los países europeos que recibe más inmigrantes de América Latina, con una desigual distribución en las diferentes CC.AA.

OBJETIVOS:

- Conocer la incidencia de la enfermedad de chagas en nuestro medio.
- Describir las recomendaciones de la literatura científica en referencia a la tripanosomiasis y su actuación durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Cochrane, Pubmed, Medline, Scielo y de protocolos del Ministerio de Sanidad, de Cataluña, la Comunidad Valenciana, hospitales de tercer nivel como el Clínic de Barcelona y Vall d'Hebron.

Palabras clave: chagas, gestación, tripanosomiasis americana.

RESULTADOS:

EN LA GESTACIÓN:

- Iniciar tto antes de que queden embarazadas.
- En la gestación bajo tto con Benznidazol se aconseja suspender el tto aunque no está justificada la ILE.
- Seguimiento ecográfico estricto.
- Si transmisión vertical en edad gestacional temprana → posibles fetopatías.



Cribado sistemático en el primer control rutinario de embarazo:

- Toda mujer procedente de Centro y Sudamérica
- Estancia de la gestante > 1 mes en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe).

Resultado positivo:

IgG+ a *Trypanosoma* → infección crónica en la gestante y por tanto, contagiosas en cada uno de sus embarazos.

Remitir a la gestante a su MAP para seguimiento y control, pudiéndose derivar a Medicina Interna o Unidad de Enfés Infecciosas del Hospital también, para su control y seguimiento.

El resultado + deberá figurar en la cartilla de embarazo y en la HC para que tras el nacimiento se soliciten al neonato los estudios microbiológicos, y si fuesen positivos los pediatras puedan tratar al RN.

La gestante seropositiva debe seguirse con especial atención para detectar una restricción de crecimiento intraútero y amenaza de parto prematuro.

CONDUCTA INTRAPARTO:

No requiere de modificaciones.

La cesárea no es la vía de elección del parto sino que se llevará a cabo por las indicaciones habituales obstétricas.

Evitar:

- Prácticas invasivas: toma de equilibrio ácido base de calota, colocación de monitor interno.
- Instrumentaciones que podrían herir al feto y facilitar la transmisión intraparto.

Avisar al pediatra para seguimiento posterior del RN.

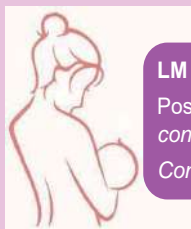
Remitir la placenta a Anatomía Patológica para su estudio.



LM no contraindicada.

Posible medio de contagio → casos agudos con lesión y sangrado del pezón.

Control serológico del niño al acabar la LM.



CONCLUSIONES:

Conocer el manejo de la enfermedad de Chagas durante la gestación permite actuar ante mujeres seropositivas recomendándoles el tratamiento descrito y posteriormente, planificar la gestación sin riesgos.

Creemos necesaria, pues, una nueva actualización de los protocolos vigentes, fundamentalmente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas donde existe una gran población de habitantes de zonas endémicas.

Resumen: La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una zoonosis parasitaria endémica de Centro y Sudamérica que afecta fundamentalmente a personas con pocos recursos de países en desarrollo, en los que para hacerle frente es necesario el control del vector, mejorar las viviendas, cuidados médicos integrales y accesibles, programas de cribado sanguíneo y tratamiento de los ya infectados (OMS, 2009). Sin embargo, las inversiones han sido escasas.

Debido a la negativa para utilizar durante el embarazo el tratamiento específico, esta enfermedad requiere a lo largo de la gestación de un mayor control y un seguimiento especial al recién nacido.

Palabras Clave: Chagas, Gestación, Tripanosomiasis americana

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Carlos Chagas fue el médico brasileño que identificó el parásito y la enfermedad que produce.

Se trata de una zoonosis parasitaria de transmisión vectorial, endémica de Centro y Sudamérica cuyo agente etiológico es el protozoo *Trypanosoma cruzi*

La enfermedad estaba y sigue estando estrechamente asociada a la pobreza, ya que la mayoría de los afectados pertenecen a grupos con escasos ingresos: viven en casas de mala calidad construidas con materiales como el barro, la caña y la paja. A su vez, los triatomas abundan en grietas de paredes y techos.

Consta de varios mecanismos de transmisión:

- Vía vectorial,

- Vía sanguínea

- Transmisión vertical, cuya tasa de transmisión es del 4-7% en nuestro medio y del 12% en algunos países de origen; siendo ésta la principal vía de transmisión en nuestro país debido a la inmigración pero con desigual distribución en las diferentes comunidades autónomas.

A pesar de la disminución de la transmisión vectorial en las dos últimas décadas, la enfermedad de Chagas afecta a unos 10-12 millones de personas. Las tasas de prevalencia llegan a alcanzar al 50-60% en ciertas zonas de Bolivia o el Chaco Argentino.

La clínica de esta enfermedad consta de dos fases:

• Fase aguda: normalmente asintomática, pasando inadvertida en la mayoría de casos.

• Fase crónica: posee dos formas de presentación:

- Forma indeterminada (60% de los casos): con ausencia de sintomatología, pudiéndose reactivar tras décadas de la infección o ante enfermedades concomitantes como VIH u otras causas de inmunosupresión.

-Forma sintomática (40%): encontramos mayoritariamente alteraciones cardíacas (10-30%), digestivas y del sistema nervioso.

Las complicaciones pueden ser graves y producir la muerte, sobre todo ante alteraciones cardíacas.

Su tratamiento, Benznidazol o Nifurtimox como alternativa, están disponibles ambos como medicación extranjera durante 60 días. Consiguen reducir la duración y gravedad de la enfermedad aguda eliminando la parasitemia. Pero no puede administrarse a mujeres gestantes.

Objetivo:

- Conocer la incidencia de la enfermedad de Chagas en nuestro medio.
- Describir las recomendaciones de la literatura científica en referencia a la tripanosomiasis y su actuación durante la gestación.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos: Cochrane, Pubmed, Medline, Scielo y de protocolos del Ministerio de Sanidad, de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

Resultados:

Durante la gestación:

Administrar el tratamiento antes de que queden embarazadas.

En caso de gestación bajo tratamiento con Benznidazol se aconseja suspenderlo, aunque no está justificada la interrupción legal del embarazo.

Debe realizarse un seguimiento ecográfico estricto.

Si se produce transmisión vertical en edad gestacional temprana habría riesgo de posibles fetopatías.

Cribado sistemático en el primer control rutinario de embarazo:

- Toda mujer procedente de Centro y Sudamérica
- Estancia de la gestante superior a un mes en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe).

Resultado positivo: (IgG+ a Tripanosoma) indicaría infección crónica en la gestante y por tanto, sería contagiosa en cada uno de sus embarazos.

Remitir a la gestante a su médico de Atención Primaria para seguimiento y control, pudiéndose derivar a Medicina Interna o Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital también, para su control y seguimiento.

El resultado positivo deberá figurar en la cartilla de embarazo y en la historia clínica para que tras el nacimiento se soliciten al neonato los estudios microbiológicos pertinentes, y si fuesen positivos, los pediatras puedan tratar al recién nacido.

La gestante seropositiva debe seguirse con especial atención para detectar una restricción de crecimiento intraútero y amenaza de parto prematuro.

Resultado negativo: indica ausencia de infección y, por tanto, no hay riesgo de transmisión vertical fetal.

Este resultado deberá quedar reflejado en la cartilla de embarazo y en la historia clínica de la gestante para no volver a solicitar la prueba en éste, ni en sucesivos embarazos; siempre y cuando la mujer no haya viajado a países endémicos.

Conducta intraparto:

No requiere de modificaciones. La cesárea no es la vía de elección del parto sino que se llevará a cabo por las indicaciones habituales obstétricas.

Evitar:

- Prácticas invasivas: toma de equilibrio ácido base de calota, colocación de monitor interno.
- Instrumentaciones que podrían herir al feto y facilitar la transmisión intraparto.

Avisar al pediatra para el seguimiento posterior del recién nacido.

Remitir la placenta a Anatomía Patológica para su estudio.

Lactancia materna: no está contraindicada.

El único posible medio de contagio sería en casos agudos de la enfermedad con lesión y sangrado del pezón.

Al acabar la lactancia materna se pediría un control serológico del niño.

Conclusiones:

Conocer el manejo de la enfermedad de Chagas durante la gestación permite actuar ante mujeres seropositivas recomendándoles el tratamiento descrito y posteriormente, planificar la gestación sin riesgos.

Creemos necesaria una nueva actualización de los protocolos vigentes, fundamentalmente del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas donde existe una gran población de habitantes de zonas endémicas.

Bibliografía

1.- Enfermedad de Chagas en personas procedentes de latinoamérica residentes en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en:<https://www.sanidad.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfermedadChagas.pdf>

2.- Enfermedad de Chagas importada. Protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana. 2009. Disponible en:https://atendiendochagas.mundosano.org/library/78_1590600201/Enfermedad%20de%20Chagas%20Importada.%20Protocolo%20de%20actuacion%20en%20la%20Comunitat%20Valenciana.pdf

3.- Protocolo: Enfermedad de Chagas y gestación. Hospital Clínic Barcelona. 2014. Disponible en:<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/chagas%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>

4.- Protocolo de cribado, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas y en sus hijos. Cataluña, 2018. Disponible en:https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/chagas/documents/arxiu/protcolcribratgeidiagnostic_cast.pdf

5.- Evaluación económica de distintas estrategias para el cribado de la enfermedad de Chagas en España. Elaborada por Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. 2015. Disponible en:<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=12/06/2015-6b8c0168be>

Capítulo 86

Enfermería en el Paciente Ostomizado: Afrontando El Cambio

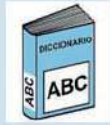
*Díaz-Raserón Izquierdo, Beatriz
Rodríguez Cenicerros, Ana Isabel
Solas García, Raquel
Arancón Abad, Valle
Llorca Rubio, José Manuel*

ENFERMERÍA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO: AFRONTANDO EL CAMBIO

Díaz-Raserón Izquierdo, Beatriz; Rodríguez Ceniceros, Ana; Solanas García, Raquel; Arancón Abad, Valle; Llorca Rubio, José. Enfermeras del Hospital San Pedro de Logroño.

SATSE

INTRODUCCIÓN



Ostomía: Orificio realizado en abdomen para dar salida a un órgano.

OSTOMÍAS



DEFINITIVAS TEMPORALES



OBJETIVO

Educar al paciente ostomizado en el autocuidado para prevenir efectos adversos físicos y psicosociales.

TÉRMINOS DECS

Estomía, Educación en salud, Imagen corporal, Impacto psicosocial

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en internet, revistas de interés y base de datos Dialnet durante mayo de 2022. La cadena de búsqueda fue “enfermería AND ostomía AND intervención OR educación “. Se restringió la búsqueda a artículos publicados con antigüedad inferior a dos años en idioma castellano. Por su pertinencia con el tema, se seleccionan tres documentos para su análisis.

RESULTADOS

- La ostomía está asociada a un aumento de la morbilidad psicosocial.
- La valoración previa del paciente es fundamental para prevenir y minimizar posibles problemas posteriores.
- El paciente se siente menos vulnerable con una adecuada educación sanitaria que incluya conocimientos de autocuidado.
- La calidad de vida posterior a la intervención es superior si reciben asesoramiento adecuado previo a la misma.
- Es importante acompañar al paciente en su proceso de adaptación posterior a la intervención.

CONCLUSIONES

Podemos asegurar que gracias a los conocimientos enfermeros basados en la evidencia, se puede prevenir o mitigar el impacto psicológico y emocional derivado de la colocación de ostomías.



BIBLIOGRAFIA

- Borrell Brau N, Davín Durban I. Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía. Revista Rol de Enfermería. 2020;43(1):12-6.
- Sancho CP, Díez VB, Gorris MD, Romano EB, Gracia CM, Elía LT. Manejo de los cuidados de enfermería al paciente ostomizado y su impacto psicosocial. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(1):80.
- Pulgar SJ, Nieto LP, Ramírez DC, Elu AB, Nieto VP. Educación sanitaria en personas ostomizadas, a propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(3):53

Resumen: La ostomía se asocia a un aumento de la morbilidad psicológica y falta de autonomía personal. La educación y el asesoramiento por parte un profesional experto revierte en una mejora en el autocuidado y en la autoaceptación.

Palabras Clave: Estomía, Educación en salud, Imagen corporal, Impacto psicosocial

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Ostomía: Orificio realizado en abdomen para dar salida a un órgano. En España se contabilizan 15.000 ostomizados anuales. 60% temporales y 40% definitivas. Impacto en el paciente: ansiedad, miedo, angustia, aislamiento y falta de autocuidados.

Objetivo:

Educar al paciente ostomizado en el autocuidado para prevenir efectos adversos físicos y psicosociales

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica en internet, revistas de interés y base de datos Dialnet durante mayo de 2022. La cadena de búsqueda fue “enfermería AND ostomía AND intervención OR educación “. Se restringió la búsqueda a artículos publicados con antigüedad inferior a dos años en idioma castellano. Por su pertinencia con el tema, se seleccionan tres documentos para su análisis

Resultados:

La ostomía está asociada a un aumento de la morbilidad psicosocial. La valoración previa del paciente es fundamental para prevenir y minimizar posibles problemas posteriores. El paciente se siente menos vulnerable con una adecuada educación sanitaria que incluya conocimientos de autocuidado. La calidad de vida posterior a la intervención es superior si reciben asesoramiento adecuado previo a la misma. Es importante acompañar al paciente en su proceso de adaptación posterior a la intervención.

Conclusiones:

Podemos asegurar que gracias a los conocimientos enfermeros basados en la evidencia, se puede prevenir o mitigar el impacto psicológico y emocional derivado de la colocación de ostomías.

Capítulo 87

Enfermería en el Reconocimiento de los Factores predisponentes para el Destete Ventilatorio una Revisión Bibliográfica

*Rodríguez Montero, Ángel Antonio
Plaza Campos, Beatriz
Muñoz Quirós Rodríguez Manzaneque, Laura
Montes Mansilla, Marta
Velázquez Peña, Manuel Jesús*

Enfermería en el reconocimiento de los factores predisponentes para el destete ventilatorio. Una revisión bibliográfica.

Autores: Rodríguez Montero A.A., Plaza Campos B, Muñoz-Quirós Rodríguez-Manzanque L, Montes Mansilla M, Velázquez Peña, M. J.

INTRODUCCIÓN.

El destete se define como el proceso en el que el paciente asume de nuevo la respiración espontánea y consta de dos procesos: el destete del soporte ventilatorio mecánico y el retiro o liberación de la vía aérea artificial una vez ya resuelto los problemas que llevaron al paciente a la intubación.

Para iniciar el destete debe presenciarse: **adecuado reflejo de la tos, ausencia o mínima presencia de secreciones, resolución de la causa que motivó la instauración de la ventilación mecánica (VM) y parámetros referentes a la estabilidad respiratoria y hemodinámica del paciente.**

FACTORES HEMODINÁMICOS.	FACTORES RESPIRATORIOS.
Frecuencia cardíaca <140 latidos por minuto.	Saturación de O ₂ >90% con Fio ₂ < 0,5.
Presión Arterial Sistólica entre 90 y 160 mmHg.	Valores de PEEP < 8cm H ₂ O.
Ausencia o mínima utilización de aminas vasoactivas.	Frecuencia Respiratoria < 35 respiraciones por minuto.
Ausencia de alteraciones hidroelectrolíticas y del PH.	Volumen Tidal >5 ml/kg.
	Ausencia de acidosis respiratoria.
	Ausencia de sedación o nivel de conciencia adecuado.

Por el contrario, la presencia de los siguientes parámetros son indicativos de fracaso del destete o de la prueba de ventilación espontánea, ante lo cual deberá reiniciarse la ventilación mecánica: **agitación o ansiedad, diaforesis, cianosis, signos de aumento excesivo del trabajo respiratorio, disnea, frecuencia respiratoria > 35 respiraciones/minuto, frecuencia cardíaca > 140 latidos/minuto, presión arterial sistólica < 90 mmHg, > 180 mmHg y/o arritmias cardíacas.**

OBJETIVO.

Analizar los factores predictores que debe identificar la enfermera para el inicio temprano del destete en pacientes con VM.

METODOLOGÍA.

Información obtenida de: Google académico, SEMICYUC, SEEIUC y Revista Española de Medicina Intensiva. Palabras clave: **destete, ventilación mecánica, factores predictores y enfermería.**

RESULTADOS.

Estudio.	País.	Diseño.	Población y muestra.	Resultados.
Carl-Johan Cederwall y col., 2014	Francia	Revisión sistemática.	Las enfermeras gestoras de tres unidades de cuidados intensivos en el oeste de Suecia.	Las enfermeras de UCI tienen un papel clave en la priorización del destete y llevar el proceso hacia adelante. La colaboración del equipo permite debido a que sus conocimientos identificar los factores predictores para el destete del paciente en VM.
Ana Graciela França y col., 2013	Uruguay	Revisión sistemática.	78 Pacientes. 48 destete simple, 12 dificultoso y 18 prolongado.	Se logra el éxito de la extubación donde la frecuencia respiratoria es mayor de 10 respiraciones por minuto, y menos de 24 respiraciones por minuto, así como la saturación de oxígeno mayor de 90%.
LM Sandoval Moreno y col., 2018	España	Revisión sistemática.	491 Pacientes. Muestra: 126 en destete.	Es necesario que el paciente reciba entrenamiento muscular respiratorio. Para incrementar la fuerza de la musculatura se precisa 14 días para generar cambios significativos en la musculatura inspiratoria
Jorge Samuel Corés y col., 2018	Colombia	Revisión sistemática. Metaanálisis.	97 Pacientes. Muestra: 93 en destete.	Una condición importante para el retiro de la VM es la presencia de oxigenación adecuada, y frecuencia respiratoria menor de 24 por minuto.
Perez Vereá Lits y col., 2017	Cuba	Revisión sistemática. Metaanálisis.	253 Pacientes. Muestra: 70 en destete.	Se logra identificar la importancia de los predictores para inicio del destete temprano de VM. Se evidencia que la estabilidad hemodinámica, ausencia de trastornos ácido básico y electrolítico, frecuencia respiratoria y saturación mayor de 90% favorecen al destete exitoso.
Emidi Jorge Santos Lima y col., 2013	Brasil	Revisión sistemática. Metaanálisis.	166 Pacientes. Muestra: 152 intubados.	El éxito del destete fue de 85% con respiraciones menores de 24 por minuto antes de extubar y 15% destete fallido con respiraciones mayores de 24 por minuto. Además reportan 6% de nuevas intubaciones por el fallo del destete.

CONCLUSIONES.

- La frecuencia respiratoria es el factor predictivo más importante que debe identificar Enfermería para el inicio temprano del destete de la VM.
- El segundo factor predictivo concluye ser la saturación de oxígeno.
- El tercer factor predictivo es la aplicación de la prueba de ventilación espontánea, la cual debe hacerse previa extubación del paciente.
- El equipo de Enfermería como profesional especialista en UCI es competente en el cuidado diario del paciente crítico, ocupa el lugar perfecto para realizar valoraciones diarias y reconocer precozmente cuando el paciente está preparado para iniciar el destete de la VM.

Resumen: *INTRODUCCIÓN: El retiro o destete de la ventilación mecánica (VM) es el proceso gradual al paciente del trabajo respiratorio realizado por el ventilador mecánico.*

OBJETIVO: Sistematizar los factores predictores que debe identificar la enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha utilizado Google Scholar, la base de datos de la SEMI-CyUC y la SEEIUC y La Revista Española de Medicina Intensiva.

RESULTADOS: Ciertos autores muestran éxito en la extubación cuando la frecuencia respiratoria es mayor de 10 y menor de 24 respiraciones por minuto.

CONCLUSION: La frecuencia respiratoria es el factor más importante que debe identificar la enfermera.

Palabras Clave: *Destete - Ventilación mecánica - Enfermería.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El retiro o destete de la ventilación mecánica (VM) se define como el proceso a través del cual ocurre la transferencia gradual al paciente del trabajo respiratorio realizado por el ventilador mecánico, proceso en el que el paciente asume de nuevo la respiración espontánea y consta de dos procesos:

- El destete del soporte ventilatorio mecánico.
- El retiro o liberación de la vía aérea artificial una vez ya resuelto los problemas que llevaron al paciente a la intubación.

Para evaluar si un paciente sometido a VM está preparado para iniciar el destete, debe atenderse diariamente a criterios y parámetros fisiológicos, como los marcados por la ICF (Intensive Care Foundation), entre los que se incluyen la presencia de un adecuado reflejo de la tos, ausencia o mínima presencia de secreciones, resolución de la causa que motivó la instauración de la VM y parámetros clínicos referentes a la estabilidad respiratoria y hemodinámica del paciente, describiéndose los siguientes:

- Estabilidad hemodinámica:
 - Frecuencia cardíaca < 140 latidos/minuto.
 - Valores de presión arterial sistólica entre 90-160 mmHg.
 - Ausencia o mínima utilización de aminas vasoactivas.
- Estado metabólico estable: ausencia de alteraciones hidroelectrolíticas y alteraciones del pH.
- Estado respiratorio y pulmonar:
 - Saturación de O₂ > 90% con una FiO₂ < 0.5.

- Valores de PEEP \leq 8 cmH₂O.
- Frecuencia respiratoria \leq 35 respiraciones/minuto.
- Volumen Tidal $>$ 5 mL/kg.
- Ausencia de acidosis respiratoria.
- Ausencia de sedación o nivel de conciencia adecuado.

Por el contrario, la presencia de los siguientes parámetros es indicativa de fracaso del destete o de la prueba de ventilación espontánea, ante lo cual deberá reiniciarse la VM:

- Agitación o ansiedad. Signos evidentes de estrés (observables en el rostro del paciente).
- Diaforesis.
- Cianosis.
- Signos de aumento excesivo del trabajo respiratorio (aleteo nasal, tiraje, uso de la musculatura accesoria).
- Disnea.
- Frecuencia respiratoria $>$ 35 respiraciones/minuto o un incremento de \geq 50%.
- Frecuencia cardíaca $>$ 140 latidos/minuto o un incremento de \geq 20%.
- Presión arterial sistólica $<$ 90 mmHg, $>$ 180 mmHg o un incremento de \geq 20%.
- Arritmias cardíacas

Objetivo:

Sistematizar los factores predictores que debe identificar la enfermera para el inicio temprano del destete en pacientes con VM.

Material y Método:

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han realizado continuas búsquedas bibliográficas durante los meses de septiembre de 2021 y mayo de 2022.

Se ha utilizado Google Scholar, la base de datos de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Además, se han utilizado múltiples artículos de las revistas como son Elsevier, Evidentia y Revista Española de Medicina Intensiva.

- Palabras clave: destete, ventilación mecánica, factores predictores y enfermería.

Resultados:

Según Ana Gabriela França y col., en 2013 mediante revisión sistemática muestran el éxito de la extubación donde la frecuencia respiratoria es mayor de 10 respiraciones por minuto y menos de 24 respiraciones por minuto, así como la saturación de oxígeno mayor de 90%, momento en que los pacientes logran iniciar respiración espontánea. (1)

Según LM Sandoval Moreno y col., en 2018 mediante revisión sistemática muestran la necesidad de que el paciente reciba entrenamiento muscular respiratorio. Sus resultados reflejan que para incrementar la fuerza de la musculatura se precisa 14 días para generar cambios significativos en la musculatura inspiratoria. (2)

Según Jorge Samuel Corés y col., en 2018 mediante metaanálisis identifican que la condición más importante para el retiro de la VM es la presencia de oxigenación adecuada, así como de la frecuencia respiratoria menor de 24 respiraciones por minuto. (3)

Según Perez Vereá Lits y col., en 2017 mediante metaanálisis logran identificar la importancia de los predictores para inicio del destete temprano de VM. Se evidencia que la estabilidad hemodinámica, ausencia de trastornos ácido básico y electrolítico, frecuencia respiratoria y saturación mayor de 90% favorecen al destete exitoso. (4)

Según Emidio Jorge Santos Lima y col., en 2013 mediante metaanálisis reportan que el éxito del destete fue de 85% con respiraciones menores de 24 por minuto antes de extubar y el 15% destete fallido con respiraciones mayores de 24 por minuto. (5)

Conclusiones:

El papel de la enfermera en el proceso de destete ha ido aumentando de forma significativa. El éxito en el mismo depende de forma directa de la continuidad de cuidados prestada, el conocimiento que se tiene del paciente y de su situación y evolución clínica, así como de la aplicación de planes individualizados de cuidados.

La frecuencia respiratoria es el factor más importante que debe identificar la enfermera para el inicio temprano del destete de la ventilación mecánica. Como segundo factor predictivo para el inicio del destete se tiene a la saturación y el tercer factor predictor es la aplicación de la prueba de ventilación espontánea, la cual debe hacerse antes de extubar al paciente.

Bibliografía

1.- Dres. Ana Graciela França, Alejandro Ebeid, Carlos Formento, Daniel Loza. Destete en una UCI polivalente. Incidencia y factores de riesgo de fracaso. Valoración de índices predictivos. Rev. Méd. Urug. vol. 29 Nro. 2 Montevideo June 2013, <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sciarttext&pid=S168803902013000200003>.

2.- Dres. L.M. Sandoval Morenoa, I.C. Casas Quirogab, E.C. Wilches Lunacy, A.F. García. Eficacia del entrenamiento muscular respiratorio en el destete de la ventilación mecánica en pacientes con ventilación mecánica por 48 o más horas: un ensayo clínico controlado. Revista Elsevier, España: 7 de septiembre de 2017, Actualizado el 24 de noviembre de 2017, disponible, en: <https://www.researchgate.net/publication/322915754>

3.- Jorge Samuel Cortés, Román Jesús Salvador Sánchez, Díaz Edgar Castañeda Valladares; Índices de oxigenación como predictores de fracaso en la extubación en pacientes críticamente enfermos; Rev. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. 2018 Vol. 18, Published by Elsevier España. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-indices-oxigenacion-como-predictores-fracaso>.

4.- Dres. Pérez Vereá Lits, Rodríguez Méndez Ariadne, Carlos Guillermo Pupo Rojas, Karen del Rosario Abreu Vázquez, Alcalde Mustelier Rafael, Fernández Méndez Amnerys; Destete en pacientes ventilados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Joaquín Albarrán; Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Vol. 16, núm. 4 (2017), http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/75-84/html_128.

5.- Dr. Emídio Jorge Santos Lima, Frecuencia Respiratoria como Predictor de Fallo de Destete de la Ventilación Mecánica; Revista Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2012.04.001>.

Capítulo 88

Enfermería, núcleo fundamental, para sensibilizar a los pacientes con anticoagulantes orales en Atención Primaria

Valencia del Campo, María del Carmen

ENFERMERÍA, NÚCLEO FUNDAMENTAL, PARA SENSIBILIZAR A LOS PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORA: Valencia del Campo, María del Carmen.



INTRODUCCIÓN

El mecanismo de la coagulación consiste en una serie de reacciones en las que el resultado final es la formación del coágulo. Los anticoagulantes orales inhiben su formación y poseen propiedades antagonistas de la Vitamina K. En España el más utilizado es el Acenocumarol (Sintrom®). Estos fármacos precisan un manejo especial ya que tienen estrechos márgenes terapéuticos, posibilidad de efectos secundarios graves y ciertas interacciones farmacológicas y alimentarias, lo que les obliga a una estricta monitorización. Los anticoagulantes orales alargan el tiempo de coagulación de la sangre y se utilizan en: prevención de eventos trombóticos en la fibrilación auricular, prótesis valvulares cardíacas y episodios previos de trombosis. En España el número de pacientes anticoagulados oscila entre 800.000 y 1.000.000 de personas. El seguimiento de estos pacientes desde el ámbito de la Atención primaria proporciona mayor seguridad, accesibilidad y un manejo multidisciplinar.

Objetivo Principal

Informar y facilitar directrices a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y/o a sus cuidadores principales para su mejor manejo y adherencia desde Atención Primaria.

Objetivos Secundarios

-Ofrecer información y apoyo sobre los aspectos más relevantes que deben conocer los pacientes anticoagulados, así como concienciar acerca de la importancia de realizar controles rutinarios.
-Educar en las diferentes estrategias de actuación y prevención para facilitar el manejo del tratamiento permitiendo al paciente una mayor autonomía.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos y páginas web (PubMed, Google académico, en guías y revistas sanitarias).



RESULTADOS

El tratamiento con anticoagulantes orales presenta un incremento cada vez mayor debido principalmente a dos causas: el aumento de las indicaciones del mismo y el envejecimiento de la población. El paciente con TAO demanda un manejo específico ya que normalmente se trata de pacientes crónicos, habitualmente pluripatológicos, lo cual los convierte en candidatos de sufrir un manejo inefectivo del régimen terapéutico, haciendo que sean susceptibles de ser seguidos por el personal enfermero.

RESULTADOS

Atendiendo a la valoración personal realizada, y en función de los diagnósticos enfermeros, debemos plantear un plan de cuidados ya que estos nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, para garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo.



Patrones Funciones (M.Gordon) alterados

Percepción -Manejo de la Salud

Nutrición

Cognitivo-Perceptivo

00078 Gestión ineficaz de la propia salud

NANDA

00126 Conocimientos deficientes

NOC

1601 Conducta de Cumplimiento
1813 Conocimiento: régimen terapéutico

5240 Asesoramiento

2380 Manejo de la medicación

5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

NOC

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

5604 Enseñanza: grupo

CONCLUSIONES

La educación sanitaria proporciona un papel esencial en los pacientes con anticoagulantes orales. Desde Atención Primaria, enfermería establece un pilar fundamental en la enseñanza del manejo y control del tratamiento.

La enfermería es una profesión de cercanía y fomento del trato familiar con los pacientes y sus cuidadores, lo que nos hace líderes en este tipo de atención sanitaria. Por ello, cabe mencionar la importancia de desarrollar y difundir la educación sanitaria desde Atención Primaria.



Resumen: El mecanismo de la coagulación consiste en una serie de reacciones en las que el resultado final es la formación del coágulo. Los anticoagulantes orales inhiben su formación y poseen propiedades antagonistas de la Vitamina K. En España el más utilizado es el Acenocumarol (Sintrom®). Estos fármacos precisan un manejo especial ya que tienen estrechos márgenes terapéuticos, posibilidad de efectos secundarios graves y ciertas interacciones farmacológicas y alimentarias. Los anticoagulantes orales alargan el tiempo de coagulación de la sangre y se utilizan en: prevención de eventos tromبóticos en la fibrilación auricular, prótesis valvulares cardiacas y episodios previos de trombosis.

Palabras Clave: Anticoagulantes Orales, Atención Primaria, Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El mecanismo de la coagulación consiste en una serie de reacciones en las que el resultado final es la formación del coágulo. Los anticoagulantes orales inhiben su formación y poseen propiedades antagonistas de la Vitamina K. En España el más utilizado es el Acenocumarol (Sintrom®). Estos fármacos precisan un manejo especial ya que tienen estrechos márgenes terapéuticos, posibilidad de efectos secundarios graves y ciertas interacciones farmacológicas y alimentarias, lo que les obliga a una estricta monitorización. Los anticoagulantes orales alargan el tiempo de coagulación de la sangre y se utilizan en: prevención de eventos tromбóticos en la fibrilación auricular, prótesis valvulares cardiacas y episodios previos de trombosis. En España el número de pacientes anticoagulados oscila entre 800.000 y 1.000.000 de personas. El seguimiento de estos pacientes desde el ámbito de la Atención primaria proporciona mayor seguridad, accesibilidad y un manejo multidisciplinar.

Objetivo:

2.1 Objetivo Principal

Informar y facilitar directrices a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y/o a sus cuidadores principales para su mejor manejo y adherencia desde Atención Primaria.

2.2 Objetivos Secundarios

- Ofrecer información y apoyo sobre los aspectos más relevantes que deben conocer los pacientes anticoagulados, así como concienciar acerca de la importancia de realizar controles rutinarios.
- Educar en las diferentes estrategias de actuación y prevención para facilitar el manejo del tratamiento permitiendo al paciente una mayor autonomía.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos y páginas web (PubMed, Google académico, en guías y revistas sanitarias).

Resultados:

El tratamiento con anticoagulantes orales presenta un incremento cada vez mayor debido principalmente a dos causas: el aumento de las indicaciones del mismo y el envejecimiento de la población. El paciente con TAO demanda un manejo específico ya que normalmente se trata de pacientes crónicos, habitualmente pluripatológicos, lo cual los convierte en candidatos de sufrir un manejo inefectivo del régimen terapéutico, haciendo que sean susceptibles de ser seguidos por el personal enfermero.

Por todo ello, es necesario que los profesionales de enfermería conozcan las necesidades, y que estas sirvan de ayuda a la hora de planificar las sesiones en cuanto a un programa de Educación para la Salud.

Atendiendo a la valoración personal realizada, y en función de los diagnósticos enfermeros, debemos plantear un plan de cuidados ya que estos nos ofrecen una guía efectiva ante casos clínicos, siendo necesario planificar los trabajos de cuidados en función de los problemas concretos del paciente, para garantizar la satisfacción y la evolución positiva de salud del mismo.

Conclusiones:

La educación sanitaria proporciona un papel esencial en los pacientes con anticoagulantes orales. Desde Atención Primaria, enfermería establece un pilar fundamental en la enseñanza del manejo y control del tratamiento.

La enfermería es una profesión de cercanía y fomento del trato familiar con los pacientes y sus cuidadores, lo que nos hace líderes en este tipo de atención sanitaria. Por ello, cabe mencionar la importancia de desarrollar y difundir la educación sanitaria desde Atención Primaria.

Bibliografía

- 1.- García-Erce JA, Quintana Díaz M, Enrique Rodiles R. Conceptos básicos y errores comunes sobre la coagulación y el manejo de la anticoagulación en el paciente con traumatismo. *Emergencias*. 2012; 24: 134-42.
- 2.- Moya Rodriguez RM, Montero Balosa MC. Anticoagulantes clásicos. *FAP*. 2012; 10(2): 50-4
- 3.- Carrasco Expósito M. Tratamiento con anticoagulantes orales: inicio, ajuste y precauciones en su utilización. *Av Diabetol*. 2010; 26: 17-20
- 4.- Caballero-Villarrasco J, Villegas-Portero R, Rodríguez-Cantalejo F. Dispositivos de coagulometría portátil en el seguimiento y control ambulatorio de la terapia antecoaagulante oral: revisión sistemática. *Atención Primaria*. 2011; 43(3): 148-56
- 5.- El mal control de las personas anticoaguladas aumenta su mortalidad un 2% [Internet]. *infosalud.com*. 2022 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-mal-control-personas-anticoaguladas-aumenta-mortalidad-20201217143501.html>

Capítulo 89

Epilepsia y Accidentes. Caso Clínico

*Chicote Izquierdo, Severo
Martín Hidalgo, Ana Isabel*

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta a personas de todas las edades. La incidencia está en torno al 1% de la población mundial. Es importante conocer el riesgo de accidentes que tienen estos pacientes, ya que puede afectar su calidad de vida.

Partimos de que un accidente le puede ocurrir a cualquier persona y todos los días asumimos riesgos, aunque, en los pacientes con epilepsia son distintos y hay que intentar prevenirlos. Hasta el 30% de los pacientes con epilepsia tienen riesgos de accidentes, incrementándose en aquellos pacientes con epilepsias mal controladas o resistentes al tratamiento y en pacientes con discapacidad.

Las lesiones más frecuentes en personas con discapacidad son las contusiones, heridas y fracturas y estas lesiones son producidas fundamentalmente en casa.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Varón de 44 años de edad. Retraso mental profundo sin filiar.
- Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- El paciente presenta epilepsia resistente al tratamiento.
- Tiene una media de 4 o 5 crisis semanales, con pérdida de consciencia.
- Ingresa procedente del hospital. Vivía en casa con sus padres, aunque a temporadas ingresaba en el centro.
- El paciente sufre crisis epiléptica en casa, con pérdida de consciencia y caída sobre la pierna izquierda sufriendo fractura de tibia y peroné. Se le hace fijación externa y le dan el alta domiciliaria. Al no poder hacerse cargo la familia del paciente, deciden ingresarlo en el centro.
- A su llegada al centro el paciente presenta dicha fijación externa y sobrepeso, con un índice de Quetelet de 36.
- Debido a la inmovilidad, el paciente presenta estreñimiento crónico que hay que tratar con laxantes y enemas y retención urinaria que hay que resolver con sonda vesical, aunque pasados unos días se le retiró con buena evolución.
- El paciente se niega a comer durante el ingreso -ya que la madre en casa le prepara las comidas que más le gustan-. En el centro poco a poco va tolerando más alimentos, aunque a veces es necesario darle -sobre todo líquidos- con jeringa para evitar deshidratación. Durante los 5 meses que dura el seguimiento del paciente, se ha reducido en 10 kg el peso y el índice de Quetelet ha pasado a 32.



PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC
0002 NUTRICIÓN	00103. Deterioro de la deglución.	1918. Control Aspiración.	3200. Precaución para evitar la aspiración.
	00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	602. Hidratación.	4120. Manejo de líquidos. 4130. Monitorización de líquidos.
003 ELIMINACIÓN	00021. Incontinencia urinaria total.	1101. Integridad tisular: Piel y mucosas.	610. Cuidados de la incontinencia urinaria.
	00011. Estreñimiento.	501. Eliminación intestinal. 1008. Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.	430. Manejo intestinal. 450. Manejo del estreñimiento/impacción.
	00014. Incontinencia fecal.	1101. Integridad tisular: Piel y mucosas.	410. Cuidados de la incontinencia intestinal.
004 ACTIVIDAD/REPOSO	00040 Riesgo de síndrome de desuso.	00204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 01902. Control del riesgo. 02102. Nivel del dolor.	224. Terapia de ejercicios: movilidad articular. 3540. Prevención de úlceras por presión.
	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	00204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 01101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 01908. Detección del riesgo.	3500. Manejo de presiones. 3540. Prevención de las úlceras por presión. 3590. Vigilancia de la piel.
	00085. Deterioro de la movilidad física relacionada con pérdida de la integridad de las estructuras óseas.	206. Movimiento articular activo. 208. Nivel de movilidad.	200. Fomento del ejercicio. 224. Terapia de ejercicios.
	00051 Deterioro de la comunicación verbal.	4720 Estimulación cognoscitiva.	0902. Comunicación. 0903. Comunicación expresiva.
	00126. Conocimientos deficientes.	900. Capacidad cognitiva.	5510. Educación sanitaria.
005 PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	1101. Integridad tisular: piel y mucosas. 1902. Control del riesgo. 1908. Detección del riesgo.	740. Cuidados del paciente encamado. 840. Cambio de posición. 1100. Manejo de la nutrición. 1660. Cuidados de los pies. 3500. Manejo de presiones. 3540. Prevención de UPP. 3590. Vigilancia de la piel.
	00155. Riesgo de caídas.	1902. Control del riesgo. 1909. Conducta de seguridad: Prevención de caídas. 1912. Estado de seguridad. Caídas.	6654. Vigilancia: seguridad. 6640. Prevención de caídas.
	00053. Aislamiento social r/c alteración del estado mental.	1504. Soporte social.	5100. Potenciación de la socialización. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 7560. Facilitar las visitas.
0012 CONFORT		1400. Manejo del dolor 2380. Manejo de la medicación. 5820. Disminución de la ansiedad.	1605. Control del dolor. 2102. Nivel de dolor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes con epilepsia experimentan a lo largo de su vida un deterioro cognitivo que suele ir apareciendo debido a las crisis prolongadas y recurrentes, por ejemplo disminución de la atención y afectación de las funciones ejecutivas. Esto provoca que, junto a las crisis epilépticas, estos pacientes sean de alto riesgo para sufrir accidentes.

Los tratamientos antiepilépticos intentan paliar estas situaciones, aunque un gran número de casos son resistentes al mismo. Esto implica que el paciente tenga reducida su capacidad para realizar ciertas actividades que en una persona sin epilepsia resultaría muy básicas, tales como conducir o bañarse y que necesiten cierta supervisión para realizarlo o incluso que haya actividades que le estén restringidas. En España, por ejemplo, un paciente con epilepsia sólo puede conducir si presenta un informe favorable de un neurólogo que demuestre que no ha sufrido crisis en el último año (*orden PRE/2356/2010, de 3 septiembre del Reglamento General de Conductores*).

En conclusión, podemos añadir que, aunque el paciente con epilepsia tiende a normalizar su vida, la realidad es bien distinta ya que el riesgo de sufrir accidentes es más elevado que el de una persona sin dicha enfermedad. A veces, incluso

Resumen: *En el presente caso clínico, se intenta poner de manifiesto la relación existente entre los accidentes ocurridos en pacientes epilépticos y las consecuencias que pueden tener a lo largo de su vida. Sobre todo, los que presentan crisis epilépticas resistentes al tratamiento. Esto hace que se vean en cierto modo incapacitados para las actividades básicas de su vida diaria; ya que, ciertas tareas que pueden resultar ser "sencillas" para cualquier persona; para ellos, pueden llegar a ser tareas de riesgo, ya que nunca saben en qué momento van a sufrir dicha crisis.*

Palabras Clave: *Epilepsia, crisis epilépticas, accidentes*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta a personas de todas las edades. La incidencia está en torno al 1% de la población mundial. Es importante conocer el riesgo de accidentes que tienen estos pacientes, ya que puede afectar a su calidad de vida.

Partimos de que un accidente le puede ocurrir a cualquier persona y todos los días asumimos riesgos; aunque, en los pacientes con epilepsia, son distintos y hay que intentar prevenirlos. Hasta el 30% de los pacientes con epilepsia, tienen riesgos de accidentes; incrementándose en aquellos pacientes con epilepsias mal controladas o resistentes al tratamiento y en pacientes con discapacidad.

Las lesiones más frecuentes, en personas con discapacidad, son las contusiones, heridas y fracturas y estas lesiones son producidas fundamentalmente en casa.

Observación Clínica:

- Varón de 44 años de edad. Retraso mental profundo sin filiar.
- Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- El paciente presenta epilepsia resistente al tratamiento.
- Tiene una media de 4 o 5 crisis semanales, con pérdida de consciencia.
- Ingresa procedente del hospital. Vivía en casa con sus padres, aunque a temporadas ingresa en el centro.
- El paciente sufre crisis epiléptica en casa, con pérdida de consciencia y caída sobre la pierna izquierda sufriendo fractura de tibia y peroné. Se le hace fijación externa y le dan el alta domiciliaria. Al no poder hacerse cargo la familia del paciente, deciden ingresarlo en el centro.
- A su llegada el paciente presenta dicha fijación externa y sobrepeso, con un índice de Quetelet de 36.
- Debido a la inmovilidad, el paciente presenta estreñimiento crónico, que hay que tratar con laxantes y enemas y retención urinaria que hay que resolver con sonda vesical - pasados unos días se le retiró con buena evolución -.

- El paciente se niega a comer durante el ingreso, ya que la madre en casa le prepara sus comidas favoritas. En el centro poco a poco tolera más alimentos, siendo a veces necesario darle (sobre todo líquidos) con jeringa para evitar deshidratación. Durante los 5 meses que dura el seguimiento, se ha reducido en 10 kg el peso y el índice de Quetelet ha pasado a 32.

PLAN DE CUIDADOS

Dominio 0002 Nutrición

Diagnóstico de enfermería: 00103. Deterioro de la deglución

NOC: 1918. Control Aspiración.

NIC: 3200. Precaución para evitar la aspiración.

Diagnóstico de enfermería: 00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

NOC: 602. Hidratación.

NIC: 4120. Manejo de líquidos.

4130. Monitorización de líquidos.

Dominio 003 Eliminación

Diagnóstico de enfermería: 00021. Incontinencia urinaria total.

NOC: 1101. Integridad tisular. Piel y mucosas.

NIC: 610. Cuidados de la incontinencia urinaria.

Diagnóstico de enfermería: 00011. Estreñimiento.

NOC: 501. Eliminación intestinal.

1008. Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.

NIC: 430. Manejo intestinal.

450. Manejo del estreñimiento/impactación

Dominio 004 Actividad/Reposo

Diagnóstico de enfermería: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

NOC: 00204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

01101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

01908. Detección del riesgo.

NIC: 3500. Manejo de presiones.

3540. Prevención de las úlceras por presión.

3590. Vigilancia de la piel.

Diagnóstico de enfermería: 00085. Deterioro de la movilidad física relacionada con pérdida de la integridad de las estructuras óseas.

NOC: 206. Movimiento articular activo.

208. Nivel de movilidad.

NIC: 200. Fomento del ejercicio.

224. Terapia de ejercicios.

Dominio 005 Percepción/Cognición

Diagnóstico de enfermería: 00126. Conocimientos deficientes.

NOC: 900. Capacidad cognitiva.

NIC: 5510. Educación sanitaria.

Diagnóstico de enfermería: 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

NOC: 1101. Integridad tisular: piel y mucosas.

1902. Control del riesgo.

1908. Detección del riesgo.

NIC: 740. Cuidados del paciente encamado.

840. Cambio de posición.

3500. Manejo de presiones.

3540. Prevención de UPP.

3590. Vigilancia de la piel.

Diagnóstico de enfermería: 00155. Riesgo de caídas.

NOC: 1902. Control del riesgo.

1909. Conducta de seguridad: Prevención de caídas.

1912. Estado de seguridad. Caídas.

NIC: 6654. Vigilancia: seguridad.

6640. Prevención de caídas.

Dominio 0012 Confort

Diagnóstico de enfermería: 00132 Dolor Agudo

NOC: 1400. Manejo del dolor

2380. Manejo de la medicación.

5820. Disminución de la ansiedad.

NIC: 1605. Control del dolor.

2102. Nivel de dolor.

Discusión:

Los pacientes con epilepsia experimentan, a lo largo de su vida, un deterioro cognitivo que suele ir apareciendo debido a las crisis prolongadas y recurrentes. Esto provoca que, junto a las crisis epilépticas, estos pacientes sean de alto riesgo a sufrir accidentes.

Los tratamientos antiepilépticos intentan paliar estas situaciones, aunque un gran número de casos son resistentes al mismo, implicando que el paciente tenga reducida su capacidad para realizar ciertas actividades que, en una persona sin epilepsia, resultarían muy básicas. Necesitando supervisión para realizarlas o que, directamente, les estén restringidas. En España, por ejemplo, un paciente con epilepsia sólo puede conducir si presenta un informe favorable de un neurólogo que demuestre que no ha sufrido crisis en el último año (orden PRE/2356/2010, de 3 septiembre del Reglamento General de Conductores).

En conclusión, podemos añadir que, aunque el paciente con epilepsia tiende a normalizar su vida, la realidad es bien distinta. Ya que, el riesgo de sufrir accidentes, es más elevado que el de una persona sin dicha enfermedad. A veces, incluso el tratamiento, puede causar problemas como sensación de cansancio. Esto supone una limitación en la vida cotidiana tal como, trabajar, conducir, etc.

Todo esto hace que, la vida diaria de un paciente epiléptico, esté limitada en cierta medida.

Bibliografía

1.-Tellez-Zenteno JF. Rev. Invest. Clin. 2010; 62 (5). Disponible en: Epilepsiahoy.com

2.- Figueroa Duarte Ana Silvia, Campell Araujo Óscar Alberto. Aspectos psicosociales de la epilepsia. Arch. Neurocién. (Mex., D.F.) [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2022 Mayo 25] ; 9(3): 135-142. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052004000900004&lng=es..

3.-Carrizosa-MoogJaime. Epilepsia y actividad física: conceptos desde la perspectiva de las ciencias básicas. Iatreia [Internet]. 2017 Sep [cited 2022 May 25] ; 30(3): 287-296. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932017000300287&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n3a04>.

4.- Organización Mundial de la Salud. Epilepsia. [Internet]. [9 Febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int>

Capítulo 90

Escalas de Predicción precoz de hemorragia masiva a nivel Extrahospitalario

*Moya López, Lorena
Talavera García, Irene*

Escalas de predicción precoz de hemorragia masiva a nivel extrahospitalario

Lorena Moya López, Irene Talavera García

INTRODUCCIÓN

El trauma es la principal causa de muerte en personas menores de 40 años en todo el mundo.

Hasta 2005 la mortalidad en los pacientes que necesitaban transfusión masiva disminuyó del 55% al 65%. Los protocolos de transfusión masiva disminuyeron la mortalidad entre el 45% al 50%. Recientemente estudios como "Pragmatic Randomized Optimal Platelet and Plasma Ratios" informaron que la mortalidad sigue descendiendo basándose en las relaciones plasma-plaquetas-concentrados de hemáties.

A pesar de ello la hemorragia masiva sigue siendo la principal causa de muerte potencialmente prevenible después de un traumatismo.

La detección precoz del estado de shock es necesario para proporcionar un manejo adecuado para disminuir la morbilidad. Existen marcadores clásicos de la estabilidad hemodinámica como la frecuencia cardiaca, tensión arterial, diuresis y características cutáneas que pueden verse alterados por parámetros como el dolor, hipotermia, shock neurogénico o cardiogénico, medicación analgésica o betabloqueantes; así como su modificación tardía. Por tanto los parámetros clínicos clásicos han demostrado ser inexactos para predecir la hemorragia masiva (HM).

En los últimos años se está estudiando la identificación y parámetros clínicos, analíticos y de imagen que permitan predecir la HM y con ello poder activar de forma precoz protocolos de transfusión masiva (PTM). Para ello se han desarrollado diferentes escalas predictivas de HM que combinan variables y que han demostrado buena capacidad de discriminación.

OBJETIVOS

Conocer las diferentes escalas que se pueden utilizar a nivel extrahospitalario

Capacidad diagnóstica de predicción para hemorragias masivas en ámbito extrahospitalario

MATERIAL Y MÉTODOS



Revisión Bibliográfica



Pubmed, Google académico, GPC, Medline



Hemorragia masiva, transfusión masiva, shock hemorrágico, Índice de shock, sangrado oculto, politrauma



< 10 años



Artículos completos gratuitos
Artículos en inglés y castellano
Artículos desde el año 2012 a la actualidad
Artículos de las bases de datos mencionadas
Artículos que contengan las palabras claves mencionadas

RESULTADOS

La definición de hemorragia masiva es arbitraria y de escaso valor clínico.

Entre las definiciones más habituales encontramos:

- Pérdida sanguínea superior a 150ml/min por más de 10 min.
- Administración de más de 10 concentrados de hemáties en las primeras 24 horas de ingreso tras el trauma (más de 2500cc) o más de 5 concentrados (más de 1250cc) en las primeras 4 horas.
- Pérdida de 1-1.5 volémias en 24h.
- Pérdida del 50% de la volemia en 3h
- Hemorragia mayor que amenaza la vida y da como resultado una transfusión masiva

A pesar de la variedad de definiciones, los participantes del documento HEMOMAS (multidisciplinary consensus document on the management of massive haemorrhage) acuerdan que la primera definición podría ser la más óptima cuando las pérdidas son cuantificables.

TASH (Trauma Associated Severe Hemorrhage Score)

Variables que utiliza: TAS, sexo, hemoglobina, FAST, FC, EB, fractura de pelvis y fémur.
Rango de puntuación: 0-29
Puntuación de riesgo: >27 puntos se asocia a HM del 100%

ABC (Assessment of Blood Consumption Score)

Variables que utiliza: TAS, FC, FAST, mecanismo de trauma penetrante.
Rango de puntuación: 0-4
Puntuación de riesgo: >2 tiene una especificidad del 86% para predecir HM.

ETS (Emergency Transfusión Score)

Variables que utiliza: TAS, FAST, edad, fractura de pelvis inestable, mecanismo lesional (accidente de tráfico, precipitación >3m), admisión desde la escena del accidente.
Rango de puntuación: 0-9,5
Puntuación de riesgo: 9,5 probabilidad del 97% de HM

IS (Índice de Shock)

Variables que utiliza: FC dividida por la TA.
Rango de puntuación: 0,5-0,7 y >0,9 en pacientes con sangrado.
Puntuación de riesgo: IS >0,9 tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 80% para predecir HM.

PWH (Prince of Wales Hospital/Rainer Score)

Variables que utiliza: FC, TAS, Glasgow Coma Score, fractura de pelvis, líquido libre abdominal (FAST), EB, hemoglobina.
Rango de puntuación: 0-10
Puntuación de riesgo: >6 tiene sensibilidad del 36% con una especificidad del 97%

El médico debe evaluar y predecir de forma rápida y precisa cuando debe activarse y finalizarse un protocolo de transfusión masiva. Muchas veces la pérdida de sangre puede ser obvia, pero la estimación visual y los parámetros fisiológicos no son guías fiables para valorar el grado de sangrado. Sin embargo, conocer el mecanismo de lesión nos proporciona información útil para identificar pacientes con potencial riesgo de hemorragia masiva en una etapa temprana.

Por tanto el mecanismo de la lesión combinado con la gravedad de la lesión y la presentación fisiológica del paciente deben guiar la decisión del control temprano del sangrado.

Tenemos varios sistemas de puntuación que predicen el riesgo de hemorragia continua, requisitos de transfusión y coagulopatías, pero cada sistema tiene sus ventajas y desventajas y los aspectos específicos de cada sistema de puntuación pueden afectar a la aplicabilidad generalizada.

La guía "The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition" del año 2019, establece con una recomendación de grado 1C, que el médico evalúe clínicamente el alcance de la hemorragia traumática utilizando la fisiología del paciente, patrón de lesión, mecanismo lesional y respuesta del paciente a la reanimación inicial. Además, sugiere que se utilice el índice de choque (SI) para evaluar el grado de shock hipovolémico (recomendación grado 2C)

Diferentes autores, entre ellos Paladino et al, consideran que el IS puede llamar la atención sobre valores anormales, pero puede ser demasiado insensible para excluir la enfermedad y no debe reducir la sospecha de lesión grave.

CONCLUSIONES

La importancia del reconocimiento del shock hemorrágico y sus efectos sobre el resultado han sido reconocidos desde hace mucho tiempo.

Los signos vitales tradicionales son relativamente insensibles como marcadores de diagnóstico temprano de la hemorragia.

En general, las escalas más sofisticadas, con mayor número de variables son las más sensibles aunque de más difícil aplicabilidad.

El índice de choque (frecuencia cardiaca dividida por presión arterial sistólica), se ha sugerido por diferentes autores y la bibliografía consultada, como una herramienta valiosa para levantar sospechas cuando algo es anormal, además es de fácil utilización. La bibliografía también destaca que es insensible para utilizar el IS como un dispositivo para descartar enfermedades.



Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El **trauma es la principal causa de muerte** en personas menores de 40 años en todo el mundo^{1,2,3}.

Hasta 2005 la mortalidad en los pacientes que necesitaban transfusión masiva disminuyó del 55% al 65%. Los protocolos de transfusión masiva disminuyó la mortalidad entre el 45% al 50%. Recientemente estudios como “Pragmatic Randomized Optimal Platelet and Plasma Ratios” informó que la mortalidad sigue descendiendo basándose en las relaciones plasma-plaquetas-concentrados de hematíes³.

A pesar de ello la **hemorragia masiva sigue siendo la principal causa de muerte potencialmente prevenible** después de un traumatismo.

La **detección precoz del estado de shock es necesario** para proporcionar un manejo adecuado para disminuir la morbilidad. Existen marcadores clásicos de la estabilidad hemodinámica como la frecuencia cardiaca, tensión arterial, diuresis y características cutáneas que pueden verse alterados por parámetros como el dolor, hipotermia, shock neurogénico o cardiogénico, medicación analgésica o betabloqueantes; así como su modificación tardía. Por tanto los parámetros clínicos clásicos han demostrado ser inexactos para predecir la hemorragia masiva (HM)¹.

En los últimos años se está estudiando la identificación e parámetros clínicos, analíticos y de imagen que permitan predecir la HM y con ello poder activar de forma precoz protocolos de transfusión masiva (PTM). Para ello se han desarrollado diferentes escalas predictivas de HM que combinan variables y que han demostrado buena capacidad de discriminación³.

Objetivos:

- Conocer las diferentes escalas que se pueden utilizar a nivel extrahospitalario
- Capacidad diagnóstica de predicción para hemorragias masivas en ámbito extrahospitalario

Material y Método:

- Artículo catalogado como revisión bibliográfica.
- Bases de datos consultadas: Pubmed, Google académico, GPC, Cochrane, Medline
- Palabras claves utilizadas en la búsqueda de bibliografía: Hemorragia masiva, transfusión masiva, shock hemorrágico, Índice de shock, politrauma
- Bibliografía utilizada inferior a 10 años
- Los criterios de inclusión para el análisis bibliográfico:
 - o Artículos completos gratuitos
 - o Artículos en inglés y castellano
 - o Artículos desde el año 2012 a la actualidad
 - o Artículos de las bases de datos mencionadas
 - o Artículos que contengan las palabras claves mencionadas

Resultados:

- La definición de hemorragia masiva es arbitraria y de escaso valor clínico.

Entre las definiciones más habituales encontramos⁶:

- Pérdida sanguínea superior a 150ml/min por más de 10 min.

- Administración de más de 10 concentrados de hematíes en las primeras 24 horas de ingreso tras el trauma (más de 2500cc) o más de 5 concentrados (más de 1250cc) en las primeras 4 horas.

- Pérdida de 1-1.5 volemias en 24h.

- Pérdida del 50% de la volemia en 3h

- Hemorragia mayor que amenaza la vida y da como resultado una transfusión masiva

A pesar de la variedad de definiciones, los participantes del documento HEMOMAS (multidisciplinary consensus document on the management of massive haemorrhage) acuerdan que la primera definición podría ser la más óptima cuando las pérdidas son cuantificables⁶.

TASH (Trauma Associated Severe Hemorrhage Score)³

VARIABLES QUE UTILIZA: TAS, sexo, hemoglobina, FAST, FC, EB, fractura de pelvis y fémur.

Rango de puntuación: 0-29

Puntuación de riesgo: >27 puntos se asocia a HM del 100%

ETS (Emergency Transfusión Score)³

VARIABLES QUE UTILIZA: TAS, FAST, edad, fractura de pelvis inestable, mecanismo lesional (accidente de tráfico, precipitación >3m), admisión desde la escena del accidente.

Rango de puntuación: 0-9,5

Puntuación de riesgo: 9,5 probabilidad del 97% de HM

IS (Índice de Shock)¹

VARIABLES QUE UTILIZA: FC dividida por la TA.

Rango de puntuación: 0,5-0,7 y >0,9 en pacientes con sangrado.

Puntuación de riesgo: IS >0,9 tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 80% para predecir HM.

PWH (Prince of Wales Hospital/Rainer Score)³

VARIABLES QUE UTILIZA: FC, TAS, Glasgow Coma Score, fractura de pelvis, líquido libre abdominal (FAST), EB, hemoglobina.

Rango de puntuación: 0-10

Puntuación de riesgo: >6 tiene sensibilidad del 36% con una especificidad del 97%

ABC (Assessment of Blood Consumption Score)³

VARIABLES QUE UTILIZA: TAS, FC, FAST, mecanismo de trauma penetrante.

Rango de puntuación: 0-4

Puntuación de riesgo: >2 tiene una especificidad del 86% para predecir HM.

El médico debe evaluar y predecir de forma rápida y precisa cuando debe activarse y finalizarse un protocolo de transfusión masiva. Muchas veces la pérdida de sangre puede ser obvia, pero la estimación visual y los parámetros fisiológicos no son guías fiables para valorar el grado de sangrado. Sin embargo, conocer el mecanismo de lesión nos proporciona información útil para identificar pacientes con potencial riesgo de hemorragia masiva en una etapa temprana.

Por tanto, el mecanismo de la lesión combinado con la gravedad de la lesión y la presentación fisiológica del paciente deben guiar la decisión del control temprano del sangrado.

Tenemos varios sistemas de puntuación que predicen el riesgo de hemorragia continua, requisitos de transfusión y coagulopatías, pero cada sistema tiene sus ventajas y desventajas y los aspectos específicos de cada sistema de puntuación pueden afectar la aplicabilidad generalizada.

La guía "The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition"⁴ el año 2019, establece con una recomendación de grado 1C, que el médico evalúe clínicamente el alcance de la hemorragia traumática utilizando la fisiología del paciente, patrón de lesión, mecanismo lesional y respuesta del paciente a la reanimación inicial. Además, sugiere que se utilice el índice de choque (SI) para evaluar el grado de shock hipovolémico (recomendación grado 2C)

Diferentes autores, entre ellos Paladino et al⁵, consideran que el IS puede llamar la atención sobre valores anormales^{2,5}, pero puede ser demasiado insensible para excluir la enfermedad y no debe reducir la sospecha de lesión grave.

Conclusiones:

La importancia del reconocimiento del shock hemorrágico y sus efectos sobre el resultado han sido reconocidos desde hace mucho tiempo.

Los signos vitales tradicionales son relativamente insensibles como marcadores de diagnóstico temprano de la hemorragia.

En general, las escalas más sofisticadas, con mayor número de variables son las más sensibles, aunque de más difícil aplicabilidad.

El índice de choque (frecuencia cardiaca dividida por presión arterial sistólica), se ha sugerido por diferentes autores y la bibliografía consultada, como una herramienta valiosa para levantar sospechas cuando algo es anormal, de fácil utilización. La bibliografía también destaca que es insensible para utilizar el IS como un dispositivo para descartar enfermedades.

Bibliografía

1.-Campos-Serra A., Monmany-Vioque S., Rebas-Cladera P., et al., Aplicación del Shock Index como predictor de hemorragia en el paciente politraumático, CIR.ESP.2018; 96(8) 494-500. doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.04.004

2.-Terceros-Almanza L.J., García-Fuentes C., Bermejo-Aznárez, et al., Predicción de hemorragia masiva. Índice de shock e índice de shock modificado, Med Intensiva. 2017; 41 (9): 532-538. Dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.10.016

3. -Terceros-Almanza L.J., García-Fuentes C., Bermejo-Aznárez, et al., Predicción de hemorragia masiva a nivel extrahospitalario: validación de seis escalas, Med Intensiva. 2019; 43(3): 131-138. Doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.005

4.- Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, Komadina R, Maegele M, Nardi G, Riddez L, Samama CM, Vincent JL, Rossaint R. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Crit Care*. 2019 Mar 27;23(1):98. doi: 10.1186/s13054-019-2347-3. PMID: 30917843; PMCID: PMC6436241.

5.- Paladino L, Subramanian RA, Nabors S, Sinert R. La utilidad del índice de choque para diferenciar las lesiones mayores de las menores. *Eur J Emerg Med*. 2011 Abr;18(2):94-8. doi: 10.1097/MEJ.0b013e32833f212b. PMID: 20842040.

Capítulo 91

Escucha activa: herramienta indispensable para un correcto abordaje del paciente

*González López, Amanda
Martínez López, Alberto*

Escucha activa una herramienta indispensable para el correcto abordaje del paciente

Amanda González López. Enfermera Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
 Alberto Martínez López. Enfermero Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

El 79% de los errores diagnósticos se lleva a cabo durante la entrevista, y hasta el 56% se deben a la falta de comunicación

INTRODUCCIÓN

Interrumpimos de media a nuestros pacientes dentro de los 11 a 18 segundos desde que comienzan a hablar². Estas interrupciones se traducen en fallos en la comunicación, haciendo sentir al paciente ignorado, despreciado o irrelevante.

Los servicios de urgencias hospitalaria (SUH) son los lugares donde ocurre con mayor frecuencia debido a las condiciones hostiles, la sobrecarga del trabajo y la gravedad de las patologías. La atención inicial en el SUH, así como la percepción del paciente en su acceso al mismo, dependen en gran parte de la valoración efectuada por enfermería en el triaje, que no solo contempla la clasificación, sino que incluye otros aspectos como la acogida, información y ubicación en el servicio.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano, en bases de datos como Google académico, Medline, CINALH, Scielo y Elsevier desde el año 2014 hasta 2022. Los criterios de inclusión fueron: Accesibilidad, escritos en lengua inglesa y/o castellano y publicados desde 2014. Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en inglés (MeSH) fueron: Emergency department, Nursing, Patient-centered care, y operador booleano AND.

PALABRAS CLAVE

Escucha activa, enfermería, servicios urgencias, atención centrada en el paciente

OBJETIVOS

- Conocer el papel de la escucha activa en los profesionales de enfermería.
- Determinar las recomendaciones para establecer una correcta escucha activa en los SUH.

RESULTADOS

Se han llevado a cabo estudios sobre los beneficios de la comunicación centrada en el paciente. A través de iniciativas como "60 segundos para mejorar la seguridad diagnóstica", junto con mensajes que favorezcan la escucha activa son herramientas que facilitan la exploración y preocupaciones del paciente²⁻⁶.

¿TIENES 60" PARA ESCUCHAR?



PREGUNTAR

- "¿Qué le preocupa? ¿Por qué está usted hoy aquí?", "Ha habido algún cambio desde su última consulta?"
- **Mostrar empatía:** "¿Hay algo más que usted desee contarme?"
- **Ser Paciente:** "Debido a que disponemos de poco tiempo hoy, ¿Qué es lo que más le preocupa hoy?"



ESCUCHAR

- **Continuadores** "Adelante", "Te escucho", "Hmmm", "Ajá"
- **Legitimación:** "Eso tiene sentido.", "Cuéntame más sobre..."
- **Comprensión** "Parece que ..."
- **Exploración** "Me pregunto si tu ..."
- **Reformulando** "Déjame resumir lo que me has dicho hasta ahora..."

ACTUAR

- **Parfrasear:** "Entonces, por lo que me has dicho hasta ahora, tú..."
- **Reconducir:** "Permítame volver al problema que te preocupaba sobre..."
- **Emplear un lenguaje sencillo, sin terminologías**
- **Mostrar empatía:** "Entiendo como te sientes", "Siento mucho por lo que estás pasando...", "Estoy aquí para ayudarte"



COMUNICACIÓN NO VERBAL

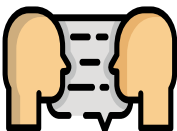


- Atender a la totalidad del mensaje
- Postura atenta y relajada
- Escuchar con las manos y la mirada
- Eliminar distracciones, evitar mirar al ordenador

BENEFICIOS

- Mejora el pronóstico de la enfermedad
- Mejora de la percepción de la competencia profesional
- Mejora del resultado clínico final
- Mayor efectividad y eficacia a nivel terapéutico
- Mayor satisfacción del personal sanitario y los pacientes

CONCLUSIONES



- ✓ Emplear la comunicación centrada en el paciente y escuchar nos hará mejores comunicadores, demostrando mayor interés por nuestros pacientes.
- ✓ Existen herramientas que facilitan el resultado clínico de la enfermedad, disminuyendo así los errores diagnósticos.
- ✓ La escucha activa permitirá resolver situaciones y soluciones que mejoren la calidad de vida del paciente y la satisfacción del personal sanitario.

1. Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. JAMA Intern Med 2013;173(6):418-425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690001/>
 2. Rockville, MD. Toolkit for Engaging Patients To Improve Diagnostic Safety. AHRQ, August 2021; Publication No. 21-0047-2-EF. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/diagnostic-safety/toolkit.html>
 3. Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. Am Fam Physician. 2017 Jan 1;95(1):29-34. PMID: 28075109. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28075109/>
 4. Vazquez C. (2020). Empatía en personal de salud de urgencias. Psic-Obesidad. 10, 39. <http://revistas.unam.mx/index.php/psic/article/view/80510>
 5. Cara Rodríguez, R., Avilés Sáez, Z., & López Trinidad, L. M. (2018). Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD, 9(2), 221. <https://doi.org/10.20318/RECS.2018.4500>

Resumen: *¿Escuchamos a nuestros pacientes? Un estudio ha demostrado que interrumpimos de media a nuestros pacientes a los 11-18 segundos desde que empiezan a hablar. En los servicios de urgencias este hecho se acentúa debido a las exigencias del servicio. El objetivo de esta revisión es la de indagar sobre el papel que realiza la enfermera, así como determinar las condiciones para establecer una escucha activa óptima. La enfermera, debido a sus características profesionales va a ser un factor clave para establecer una comunicación eficaz y una mayor confianza con el profesional que la atiende.*

Palabras Clave: *MeSH: Emergency department, Nursing, Patient-centered care, - Escucha activa, enfermería, servicios urgencias, atención centrada en el paciente,*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El 79% de los errores diagnósticos se lleva a cabo durante la consulta y hasta el 56% de estos errores están relacionados con la falta de comunicación¹. Interrumpimos de media a nuestros pacientes dentro de los 11 a 18 segundos desde que comienzan a hablar². A menudo estas interrupciones se traducen en fallos en la comunicación, haciendo sentir al paciente ignorado, despreciado o irrelevante.

Los servicios de urgencias hospitalaria (SUH) son los lugares donde ocurre con mayor frecuencia debido a las condiciones hostiles, la sobrecarga del trabajo y la gravedad de las patologías. La atención inicial en el SUH, así como la percepción del paciente en su acceso al mismo, dependen en gran parte de la valoración efectuada por enfermería en el triaje, que no solo contempla la clasificación, sino que incluye otros aspectos como la acogida, información y ubicación en el servicio.

¿Sabías que la proporción de interacciones médico-paciente y enfermera-paciente está en 1:10? Por lo tanto, la enfermera es la figura hospitalaria que más contacto tiene con el paciente durante su estancia, y, por lo tanto, es quien más oportunidades tiene para conocer más sobre sus dudas, necesidades y hábitos de salud.⁴⁻⁵

Objetivos:

- Conocer el papel de la escucha activa en los profesionales de enfermería.
- Determinar las recomendaciones para establecer una correcta escucha activa en los SUH.

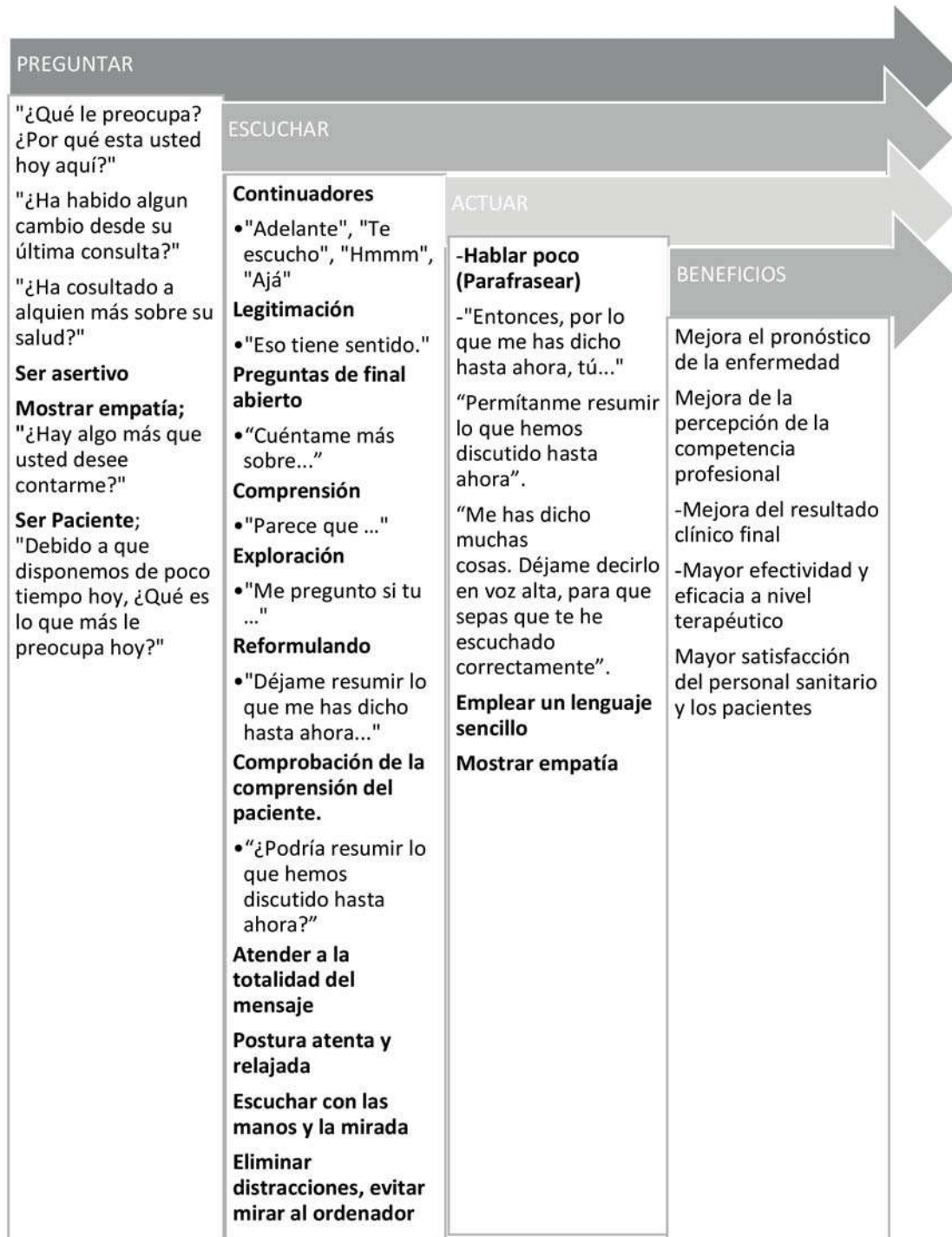
Material y Métodos:

Revisión bibliográfica de artículos en inglés y castellano, en bases de datos como Google académico, Medline, CINALH, Scielo y Elsevier desde el año 2014 hasta 2022.

Los criterios de inclusión fueron: Accesibilidad, escritos en lengua inglesa y/o castellano y publicados desde 2014. Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en inglés (MeSH) fueron: Emergency department, Nursing, Patient-centered care, y operador booleano AND.

Resultados:

Se han llevado a cabo estudios sobre los beneficios de la comunicación centrada en el paciente. A través de iniciativas como “60 segundos para mejorar la seguridad diagnóstica”, junto con mensajes que favorezcan la escucha activa son herramientas que facilitan la exploración y preocupaciones del paciente²⁻⁶ (Figura 1).



Conclusiones:

Comprender la perspectiva del paciente sobre la enfermedad y expresar empatía son características clave de la comunicación centrada en el paciente. Escuchar nos hará mejores comunicadores sin necesidad de tener que utilizar las palabras, y mejores interlocutores, demostrando mayor interés por los problemas y preocupaciones de nuestros pacientes.

A pesar del estrés que puedan causar los SUH, existen herramientas que facilitan conocer las necesidades del paciente asegurando un mejor pronóstico y resultado clínico de la enfermedad, disminuyendo así los errores diagnósticos.

Por lo tanto, la escucha activa permitirá resolver situaciones tensas y ofrecer argumentos sólidos y soluciones que en definitiva mejore la calidad de vida del paciente y la satisfacción del personal sanitario.

Bibliografía

1.- Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* 2013;173(6):418-425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690001/>.

2.- Rockville, MD. Toolkit for Engaging Patients To Improve Diagnostic Safety. AHRQ. August 2021; Publication No. 21-0047-2-EF. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/diagnostic-safety/toolkit.html>

3.- Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017 Jan 1;95(1):29-34. PMID: 28075109. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28075109/>

4.- Vazquez C. (2020). Empatía en personal de salud de urgencias. *Psic-Obesidad*. 10, 39. <http://revistas.unam.mx/index.php/psic/article/view/80510>

5.- Cara Rodríguez, R., Avilés Sáez, Z., & López Trinidad, L. M. (2018). Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 9(2), 221. <https://doi.org/10.20318/RECS.2018.4500>

Capítulo 92

Estrés psicológico en los Profesionales del Área Quirúrgica

*Polo Camacho, Jesús Antonio
Paulero López, Noelia
Rodrigo Sánchez, M^a Del Pilar
Díaz Rincón, Laura María*

ESTRÉS PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES DEL ÁREA QUIRÚRGICA

SATSE



INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el estrés laboral "es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación".

Dicho estrés afectará de diversa forma a cada persona. En situación de estrés las personas se muestran irritables y angustiadas en un constante nivel de tensión, que ocasiona dificultades para relajarse, concentrarse o incluso tomar decisiones, manifestado todo ello en un menor compromiso laboral, cansancio, estado anímico deprimido, enfermedades digestivas, cardiopatías, etc. Provocando un mayor absentismo laboral y menor rendimiento.

En el ámbito sanitario, la enfermería es uno de los sectores más acusados y, si a esto le añadimos el área quirúrgica, que es uno de los servicios especiales del hospital, los factores estresantes aumentan notablemente.

Los estudios relacionados con el estrés y/o las enfermedades mentales están aumentando, pero aún son escasos. Pese al aumento del índice de suicidios, no se suele contemplar el ámbito laboral como uno de los componentes más importantes generadores de estrés.

1. OBJETIVOS:

- Conocer el nivel de estrés entre los profesionales del área quirúrgica, ya que es un área que demanda mucha atención e implicación.
- Conocer los diferentes tipos de factores generadores de estrés en el área.
- Dar conocimiento de los resultados con el fin de realizar estrategias aliviadoras de estrés en el área quirúrgica.

2. METODOLOGIA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes base de datos: Medline, Cuiden Plus, Scielo, Science direct y Google académico, tanto en castellano como en inglés, así como en la página web de la OMS. Los criterios de exclusión han sido los artículos anteriores al año 2018. Palabras clave: estrés laboral, quirófano, enfermería.

3. RESULTADOS:

Los estudios revisados consensuan que existen una serie de factores que aumentan el nivel de estrés, relacionados entre sí:

- Factores Ambientales: temperatura, ruido e iluminación.
- Factores Fisiológicos: Insuficiencia venosa; dolor cervical, dorsal, lumbar o de MMII; cansancio, agotamiento o fatiga debido a la cantidad de horas de trabajo o a la mínima movilidad.
- Factores laborales: Falta de comunicación (entre compañeros y/o con supervisión); cambios repentinos en la programación quirúrgica, problemas con el material quirúrgico; desconocimiento de la técnica y o del material instrumental, o prolongación de la jornada por necesidad de la intervención quirúrgica.
- Otros factores: Estado general del paciente, situación personal (con hijos y con pareja se asocia mayor ansiedad), distancia del lugar del trabajo, y sexo (mayor incidencia en mujeres que en hombres).

Atendiendo al "Modelo Biopsicosocial del Estrés", la respuesta del organismo ante una reacción estresante, depende de cada persona y del empleo de diferentes habilidades y recursos para hacerle frente. Los factores psicológicos reflejan la valoración o percepción subjetiva que hace cada persona de las situaciones estresantes. Según la "Teoría de Evaluación Cognitiva" de Lazarus y Folkman, los individuos realizan diversas evaluaciones de la situación.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería siempre está sometido a un gran nivel de estrés por su responsabilidad, compatibilidad personal, planilla de trabajo y exigencia de la profesión, pero en especial en el área quirúrgica por la demanda de esfuerzo físico y mental.

Se hace necesario realizar estudios más detallados, con el fin de minimizar la ansiedad en el personal sanitario, realizar protocolos actualizados, ofrecer estabilidad laboral así como planificaciones de jornadas más adaptadas.

La mayoría de los estudios se centran en la opinión del equipo sanitario del área quirúrgica pero también sería óptimo conocer la opinión e impresión de los pacientes. Ocasionaría un ahorro económico, porque habría menor incidencia de baja laboral o absentismo, y menos errores profesionales.

Autores:

Polo Camacho, J. Antonio/ Paulero López, Noelia
Rodrigo Sánchez, M. Pilar/ Díaz Rincón, Laura María

BIBLIOGRAFÍA

1. María de los Ángeles Ferraz Mesa, María del Carmen Serrano Barberá, María José López Montesinos, Laura Martínez Alarcón, Jesús María González Martín. Estrés en graduados y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las áreas quirúrgicas hospitalarias. *Enferm. glob.* vol.20 no.61 Murcia ene. 2021 Epub 01-Feb-2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.423851>.
2. Sofía Belén Guzmán Córdova, Fernanda Paulina Toasa Ortiz, Mayra Alexandra Sánchez Zurita, Alicia Bélgica Yáñez Borja, Mayra Viviana Chipantiza Barrera. El nivel de estrés del personal de enfermería en el área quirúrgica. *Polo de conocimiento*. Publ. 21 Febr. 2022. Disponible en: <http://polodeconocimiento.com/ojs/index.php/es>.
3. Arragante O. Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en enfermería. *Metas Enferm.* Dic 2016/ Ene 2017; 19 (10): 71-76. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com>
4. Ana Belén Villalba Crespo, Patricia Algara Gonzalo, María del Rosario Castellanos Fraile, Jaime Cabrera Recuenco. Carga mental del personal de Enfermería en el quirófano. *Publi. Ocros. Revista médica y de enfermería* 19-agosto-2019. Disponible en: ocros.com - revistamedica.com



Resumen: El estrés laboral es la reacción que tiene la persona ante las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades. La enfermería es una de las profesiones más vinculadas al estrés laboral, lo que se refleja en un número importante de bajas laborales debido a esta causa, especialmente en los últimos años debido a la situación sanitaria.

Este estrés laboral en la profesión de enfermería se ve afectado por una serie de factores, especialmente en el área quirúrgica, que se hace necesario estudiar.

Palabras Clave: Estrés laboral, Quirófano, Enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la OMS, el estrés laboral "es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación".

Dicho estrés afectará de diversa forma a cada persona y según su capacidad de adaptación. En situación de estrés, las personas se muestran irritables y angustiadas en un constante nivel de tensión que ocasiona dificultades para relajarse, concentrarse o incluso tomar decisiones manifestado todo ello en un menor disfrute laboral, compromiso laboral, cansancio, estado anímico deprimido, enfermedades digestivas, cardiopatías, etc. Todo esto provocando un mayor absentismo laboral y/o menor rendimiento.

En el ámbito sanitario, la enfermería es uno de los sectores más acusados y si a esto le añadimos el área quirúrgica, que es uno de los servicios especiales del hospital, los factores estresantes aumentan notablemente.

En los últimos tiempos hemos visto que el número de estudios relacionados con el estrés y/o las enfermedades mentales están aumentando, pero aún son escasos, obviando la mayoría o restándole importancia al ámbito laboral para centrarse en el personal.

El motivo de la elección de este tema es debido a la actualidad, al índice de suicidios que existe y al no contemplar el ámbito laboral como uno de los componentes más importantes generadores de estrés, siendo la enfermería y en especial el área quirúrgica una de las profesiones y servicios sanitarios más estresantes

Objetivos:

- Conocer el nivel de estrés entre los profesionales del área quirúrgica, ya que es un área que demanda mucha atención e implicación.
- Conocer los diferentes tipos de factores generadores de estrés en el área quirúrgica.
- Dar conocimiento de los resultados con el fin de realizar estrategias aliviadoras de estrés en el área quirúrgica.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes base de datos: Medline, Cuiden Plus, Scielo, Science direct y Google académico, tanto en castellano como en inglés, así como en la página web de la OMS. Los criterios de exclusión han sido los artículos anteriores al año 2018.

Resultados:

Tras la revisión de los diversos estudios, la mayoría de ellos consensuan que existen una serie de factores ambientales, fisiológicos, laborales y otros factores que aumentan el nivel de estrés de los profesionales sanitarios, tales como:

- Factores Ambientales: La temperatura, el ruido y la iluminación son los factores que generan más estrés, siendo el menos frecuente el espacio de quirófano.

- Factores Fisiológicos: Insuficiencia venosa; dolor cervical, dorsal, lumbar o de MMII; cansancio, agotamiento o fatiga debido a la cantidad de horas o la mínima movilidad, son los más frecuentes.

- Factores laborales: La falta de comunicación en general (entre compañeros de misma categoría y diferente, y/o con supervisión), los cambios repentinos en la programación quirúrgica, problemas con el material quirúrgico generando desconocimiento de la técnica y o de material instrumental, son algunos de los factores estresantes junto con la prolongación de la jornada por necesidad de la intervención quirúrgica.

Otros factores: Estado general del paciente, situación personal del personal sanitario (con hijos y con pareja se asocia mayor ansiedad), distancia del lugar del trabajo (a menor distancia menor nivel de ansiedad) y sexo (mayor incidencia en mujeres que en hombres) son algunos de los factores que aumentan el nivel de estrés.

Todos estos factores no son independientes unos de otros sino que se encuentran relacionados entre sí. Esto significa, que tienen diferente forma de interactuar pudiendo ser unos causa –efecto de otros o apareciendo varios a la vez con un grado de afectación igual, menor o mayor.

Atendiendo al “Modelo Biopsicosocial del Estrés”, las repuestas del organismo ante una reacción estresante estarán influenciadas por factores psicológicos y cognitivos, por factores sociales y ambientales, y por factores biológicos. Es decir, las personas pueden percibir de forma diferente un mismo suceso estresante y emplear diferentes habilidades y recursos para hacerles frente.

Los factores psicológicos reflejan la valoración o percepción subjetiva que hace cada persona de las situaciones estresantes. Según la “Teoría de Evaluación Cognitiva” de Lazarus y Folkman, los individuos realizan diversas evaluaciones de la situación.

Conclusión:

El personal de enfermería siempre está sometido a un gran nivel de estrés por su responsabilidad, compatibilidad personal, planilla de trabajo y exigencia de la profesión, pero en especial en el área quirúrgica por la demanda de esfuerzo físico y mental exigiendo un equilibrio emocional que no afecte a las actividades.

Al ser un área de por sí generadora de mayor estrés, que el resto de unidades, se hace necesario continuar y realizar estudios más detallados con el fin minimizar ansiedad en personal sanitario,

realizar protocolos actualizados, estabilidad laboral en el servicio, planificaciones de jornadas más adaptadas para la conciliación y una formación continuada del personal entre otras.

La mayoría de los estudios se centran en la opinión del equipo sanitario del área quirúrgica, pero también sería óptimo conocer la opinión e impresión de los pacientes que se van a intervenir respecto del área quirúrgica y sus profesionales.

Todo esto ocasionaría un ahorro sanitario económico porque habría menor incidencia de baja laboral o absentismo, menor incidencia de errores profesionales que se traduciría en un ahorro directo e indirecto hospitalario por parte de los profesionales.

Bibliografía

1.-María de los Ángeles Ferraz Mesa , María del Carmen Serrano Barberá, María José López Montesinos, Laura Martínez Alarcón , Jesús María González Martín. Estrés en graduados y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las áreas quirúrgicas hospitalarias. *Enferm. glob.* vol.20 no.61 Murcia ene. 2021 Epub 01-Feb-2021. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.423851>.

2.-Sofia Belen Guzman Córdova, Fernanda Paulina Toasa Ortiz, Mayra Alexandra Sánchez Zurita, Alicia Bélgica Yáñez Borja, Mayra Viviana Chipantiza Barrera. El nivel de estrés del personal de enfermería en el área quirúrgica. *Polo de conocimiento.* Publ. 21 Febr. 2022. Disponible en : <http://polodeconocimiento.com/ojs/index.php/es>.

3.-Arrogante O. Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en enfermería. *Metas Enferm.* Dic 2016/ Ene 2017; 19 (10): 71-76. Disponible en : <https://www.enfermeria21.com>

4.-Ana Belén Villalba Crespo, Patricia Algara Gonzalo, María del Rosario Castellanos Fraile, Jaime Cabrera Recuenco. Carga mental del personal de Enfermería en el quirófano. *Publi. Ocros. Revista médica y de enfermería* 19-agosto-2019. Disponible en : ocros.com - revistamedica.com

Capítulo 93

Estudio comparativo de las Donaciones Sanguíneas obtenidas en prepandemia y donaciones sanguíneas obtenidas durante la pandemia

*Sobrino Lorente, María del Pilar
Villaseñor Martín-Portugués, Cristina
Carrero Maldonado, Silvia
De Haro Moya, Estela*

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DONACIONES SANGUÍNEAS OBTENIDAS EN PREPANDEMIA Y DONACIONES SANGUÍNEAS OBTENIDAS DURANTE LA PANDEMIA.

AUTORES: Sobrino Lorente, María del Pilar; Carrero Maldonado, Silvia; Villaseñor Martín-Portugués, Cristina; De Haro Moya, Estela .

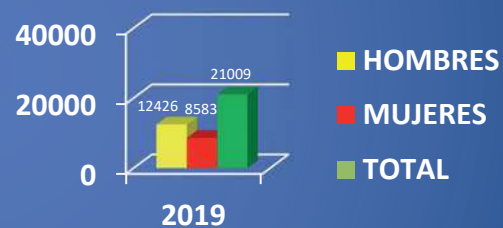
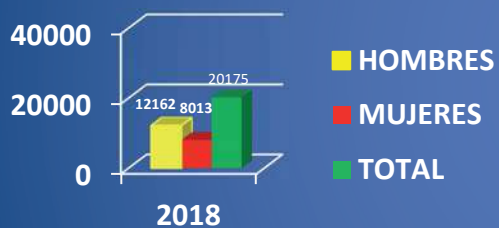
INTRODUCCIÓN. Donar sangre de forma altruista, sin esperar una compensación, es un acto de solidaridad y generosidad que contribuye a salvar vidas y a mejorar la salud de muchas personas. La Pandemia de SARS-COV 2 que dio comienzo en Marzo de 2020, limitó considerablemente esta acción, ya sea por las restricciones de movilidad, el temor al contagio o porque las campañas informativas pasaron a un segundo plano, obviando la urgente y prevalente necesidad que siempre tiene la donación de sangre y que se acrecentó aún más en esta emergencia sanitaria. El Sistema Nacional de Salud en el ámbito hospitalario y primaria, colapsó. Se priorizó el cuidado de los pacientes contagiados y hospitalizados. Pero las necesidades de sangre, siguieron siendo las mismas y los equipos móviles encargados de las donaciones sanguíneas siguieron funcionando.

OBJETIVOS. Hemos establecido como objetivo de este Estudio de Investigación comparar la cantidad de donaciones sanguíneas que se obtuvieron en la provincia de Ciudad Real durante los dos años desde que se estableció el Estado de Pandemia (2020, 2021), con las donaciones sanguíneas obtenidas durante los dos años antes del establecimiento de la Pandemia (2018, 2019).

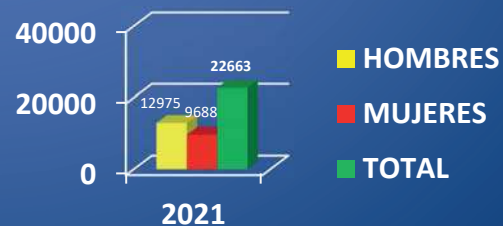
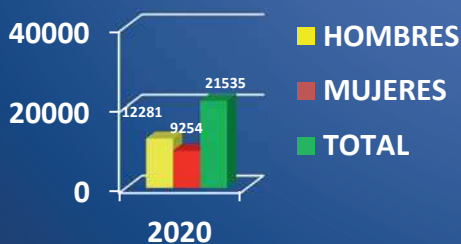
METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODO. Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las donaciones obtenidas en la provincia de Ciudad Real durante los años de Pre pandemia 2018 y 2019, y los años de Pandemia 2020, 2021. Hemos incluido como dato demográfico el sexo de los donantes. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS.

PERIODO DE PREPANDEMIA



PERIODO DE PANDEMIA



CONCLUSIONES. A la vista de los resultados obtenidos, observamos que las donaciones durante los años de la Pandemia (2020,2021),no sufrieron cuantitativamente un retroceso significativo con respecto a las donaciones que se obtuvieron en el periodo Pre Pandémico (2018,2019), sino que aumentaron progresivamente como en años anteriores a la Pandemia. 20175 en el año 2018, 21009 en el año 2019, 21535 en el año 2020 (año de comienzo de la Pandemia), 22663 en el año 2021.

Como dato demográfico, observamos que en años Pre Pandémicos así como en años de Pandemia, cuantitativamente las donaciones de Hombres son superiores a las de las Mujeres.

Resumen: *Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las donaciones obtenidas en la provincia de Ciudad Real durante los años de Pre pandemia 2018 y 2019, y los años de Pandemia 2020, 2021, para dar a conocer la importancia de las donaciones todos los días del año y en cualquier época, ya que las necesidades de sangre no cesan ningún día.*

Palabras Clave: *Sangre, transfusión y pandemia.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Donar sangre de forma altruista, sin esperar una compensación, es un acto de solidaridad y generosidad que contribuye a salvar vidas y a mejorar la salud de muchas personas. La Pandemia de SARS-COV 2 que dio comienzo en Marzo de 2020, limitó considerablemente esta acción, ya sea por las restricciones de movilidad, el temor al contagio o porque las campañas informativas pasaron a un segundo plano, obviando la urgente y prevalente necesidad que siempre tiene la donación de sangre y que se acrecentó aún más en esta emergencia sanitaria. El Sistema Nacional de Salud en el ámbito hospitalario y primaria, colapsó. Se priorizó el cuidado de los pacientes contagiados y hospitalizados. Pero las necesidades de sangre, siguieron siendo las mismas y los equipos móviles encargados de las donaciones sanguíneas siguieron funcionando.

A todo ello había que sumar el desconocimiento de si se podía o no donar sangre una vez pasada la infección por COVID-19. Los bancos de sangre examinan de manera periódica a los donantes de sangre y analizan las donaciones para asegurarse de que las transfusiones de sangre no transmitan enfermedades. Los donantes no pueden donar si tienen síntomas de una enfermedad. A día de hoy sabemos que incluso si son portadores asintomáticos del SARS- CoV-2, no pueden transmitir el virus a los receptores de sangre.

Objetivos:

Hemos establecido como objetivo de este Estudio de Investigación comparar la cantidad de donaciones sanguíneas que se obtuvieron en la provincia de Ciudad Real durante los dos años desde que se estableció el Estado de Pandemia (2020, 2021), con las donaciones sanguíneas obtenidas durante los dos años antes del establecimiento de la Pandemia (2018, 2019).

Metodología:

Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las donaciones obtenidas en la provincia de Ciudad Real durante los años de Pre pandemia 2018 y 2019, y los años de Pandemia 2020, 2021. Hemos incluido como dato demográfico el sexo de los donantes. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre “e-Delphin”. Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

Resultados:

Como hemos podido ver en las gráficas adjuntadas en el poster, en los años anteriores a la pandemia si comparamos por sexo, los hombres son los que donaron más cantidad de sangre que las mujeres. En los años post- pandemia (2020 y 2021) continúa esa tendencia a la alta por parte de los hombres sin ser un cambio altamente llamativo.

Si comparamos la cantidad de donaciones en los años 2018 y 2019 estas son de 20175 y 21009 respectivamente, y en los años posteriores a la pandemia 2020 y 2021 son de 21535 y 22663 respectivamente.

Conclusiones:

Con los resultados obtenidos, observamos que las donaciones durante los años de la Pandemia (2020,2021),no sufrieron cuantitativamente un retroceso significativo con respecto a las donaciones que se obtuvieron en el periodo Pre Pandémico (2018,2019), sino que aumentaron progresivamente como en años anteriores a la Pandemia. 20175 en el año 2018, 21009 en el año 2019, 21535 en el año 2020 (año de comienzo de la Pandemia), 22663 en el año 2021. Esto podría deberse a una alta demanda por parte de los hospitales tanto a pacientes covid como No Covid, ya que en noviembre del año 2020 se dio por finalizado el estado de alarma decretado en marzo de ese mismo año y con ello la gente podía volver a su vida con normalidad, con lo que ello implica más movimientos por parte de la población (salidas, entradas, viajes, fiestas...)

Como dato demográfico, observamos que en años Pre Pandémicos así como en años de Pandemia, cuantitativamente las donaciones de Hombres son superiores a las de las Mujeres. En este dato influye como sabemos, que los hombres pueden donar una vez más al año que las mujeres (4 frente a los 3 de las mujeres). Las mujeres sufren de cifras de hemoglobina y de hierro más bajas debido a las menstruaciones, los partos...

Bibliografía

1.- Programa e- Delphin del servicio de transfusiones del HUGCR, Plan estratégico de seguridad del paciente.SESCAM

- European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID- 19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm;

2020.[<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>]

- Información de interés para el donante de sangre. Enfermedad por coronavirus COVID-19. Centro de Hemodonación. Consejería de Salud de la Región de

Murcia. [<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=459072>]

- Kwon SY, Kim EJ, Jung YS, Jang JS, Cho NS. Post-donation COVID-19 identification in blood donors. Vox Sang. 2020 Apr 2. [DOI 10.1111/vox.12925]

Capítulo 94

Estudio observacional de la adhesión de la higiene de manos en la unidad de Reanimación Cardiaca del hospital de León

*Reguera Fernández, Patricia
Fernández Álvarez, Jesús Ángel*

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA ADHESIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN CARDIACA DEL HOSPITAL DEL LEÓN

AUTORES : REGUERA FERNÁNDEZ PATRICIA, FERNÁNDEZ ÁLVAREZ JESÚS ÁNGEL.

INTRODUCCIÓN

La higiene de manos (H.M) es la principal medida para reducir las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) y la transmisión de gérmenes multirresistentes. Este tipo de infecciones son uno de los principales problemas en seguridad del paciente y su vigilancia y prevención debería de ser una prioridad en cualquier institución comprometida con una atención sanitaria más segura.

No podemos obviar tampoco el efecto que ha tenido la pandemia COVID 19 en la difusión general de la importancia de la higiene de manos.

METODOLOGÍA

Se utiliza la metodología recomendada por la Organización Mundial para la Salud (OMS) para realizar estudios observacionales de adhesión a la higiene de manos en los 5 momentos establecidos. El estudio consiste en comparar las oportunidades de la higiene de manos en cada una de sus indicaciones (los 5 momentos) con los procesos realizados, valorando el tipo de higiene de manos llevada a cabo, con agua y jabón o Producto de Base alcohólica (PBA) y la técnica adecuada. Se realizan varios periodos de observación por diferentes observadores formados y no pertenecientes al servicio en el que se realiza el estudio, con una duración de 20 min cada uno. Se establece como sujetos de observación a todos los profesionales asistenciales con atención directa al paciente. La explotación de datos se realiza con Access, epi-info y otras aplicaciones estadísticas.

OBJETIVO

Identificar la Tasa Global de cumplimiento de la higiene de manos así como la Tasa de Adhesión en la higiene de manos en cada uno de los 5 momentos recomendados por la OMS en la unidad de Reanimación Cardiaca del Hospital de León en el último trimestre del 2021.

RESULTADOS

La Tasa Global de adhesión a la higiene de manos en la unidad de Reanimación Cardiaca del Hospital de León es del 86,6%.
67 Oportunidades de Higiene (58 Procesos de H.M.)
Tasa Global de Adhesión a la Higiene de Manos con PBA: 74,6%
67 Oportunidades de Higiene (50 Procesos de H.M con PBA)

1. Momento (Antes del contacto con el paciente):

34 Oportunidades de H.M.
Se realiza H.M en 29 ocasiones.
Tasa de adhesión a la H.M :85,3%

2. Momento (Antes de realizar una técnica aséptica):

9 Oportunidades de H.M.
Se realiza H.M en 9 ocasiones.
Tasa de adhesión a la H.M :100%

3. Momento (Después de exposición a fluidos de riesgo):

11 Oportunidades de H.M.
Se realiza H.M en 10 ocasiones.
Tasa de Adhesión a la H.M:90,9%

4. Momento (Después del contacto con el paciente):

30 Oportunidades de H.M.
Se realiza H.M en 27 ocasiones.
Tasa de Adhesión a la H.M :90%

5. Momento: (Después del contacto con el entorno del paciente).

30 Oportunidades de H.M.
Se realiza H.M en 27 ocasiones.
Tasa de Adhesión a la H.M :90%



CONCLUSIONES

Desde el punto de vista metodológico la muestra del estudio ha sido lo suficientemente grande como para analizar bien el servicio de Reanimación y su evolución.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio se observa una mejora en la tasa global de la adhesión de la H.M respecto a estudios realizados anteriormente.

A pesar de las dificultades del estudio la preparación y formación del equipo observador por parte del servicio de Medicina Preventiva del Hospital de León ha sido la clave para garantizar la unificación de criterios.

BIBLIOGRAFÍA

- Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la Atención Sanitaria. Año 2005.
- World Health Organization. Clean Care is Safer Care. 2013. Available from: <http://www.who.int/gpsc/en/> (Accessed April 2nd 2013).
- J. Vaqué. Grupo de Trabajo Epine. 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Medicina Preventiva, salud pública e Higiene.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. 2013. Available from: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyIIfull.pdf> (Accessed March 28th 2013).

Resumen: Este póster es el reflejo de un estudio observacional realizado por un equipo de Medicina Preventiva del Hospital de León (del que formamos parte) en la Unidad de Reanimación Cardíaca del mismo hospital, donde a través de la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus 5 momentos, se logra identificar las distintas Tasas de Adhesión de la higiene de manos (H.M) para cada uno de ellos, así como la Tasa Global de cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales que intervienen directamente en la atención al paciente.

Palabras Clave: Higiene de manos, Organización mundial de la salud (OMS), Infección

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La higiene de manos (H.M) es la principal medida para reducir las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) y la transmisión de gérmenes multirresistentes. Este tipo de infecciones son uno de los principales problemas en seguridad del paciente y su vigilancia y prevención debería de ser una prioridad en cualquier institución comprometida con una atención sanitaria más segura.

No podemos obviar tampoco el efecto que ha tenido la pandemia covid 19 en la difusión general de la importancia de la higiene de manos.

Objetivos:

Identificar la Tasa Global de cumplimiento de la higiene de manos, así como la Tasa de Adhesión en la higiene de manos en cada uno de los 5 momentos recomendados por la OMS en la Unidad de Reanimación Cardíaca del hospital de León en el último trimestre del 2021.

Metodología:

Se utiliza la metodología recomendada por la OMS para realizar estudios observacionales de adhesión a la higiene de manos en los 5 momentos establecidos. El estudio consiste en comparar las oportunidades de la higiene de manos en cada una de sus indicaciones (los 5 momentos) con los procesos realizados, valorando el tipo de higiene de manos llevada a cabo, con agua y jabón o Producto de base alcohólica (PBA) y la técnica adecuada. Se realizan varios periodos de observación por diferentes observadores formados y no pertenecientes al servicio en el que se realiza el estudio, con una duración de 20 min cada uno. Se establece como sujetos de observación a todos los profesionales asistenciales con atención directa al paciente.

La explotación de datos se realiza con Access, epi-info y otras aplicaciones estadísticas.

Resultados:

Tasa Global de adhesión a la higiene de manos en la Unidad de Reanimación Cardíaca del Hospital de León es del 86,6% con 67 Oportunidades de Higiene (58 Procesos de H.M.) y con la Tasa Global de Adhesión a la Higiene de Manos con PBA del 74,6% con 67 Oportunidades de Higiene (50 Procesos de H.M con PBA).

Los resultados obtenidos en cada uno los 5 momentos recomendados por la OMS son los siguientes:

1.Momento (Antes del contacto con el paciente):

34 oportunidades de H.M.

Se realiza H.M en 29 ocasiones.

Tasa de adhesión a la H.M :85,3%.

2. Momento (Antes de realizar una técnica aséptica):

9 oportunidades de H.M.

Se realiza H.M en 9 ocasiones.

Tasa de adhesión a la H.M: 100%.

3. Momento (Después de exposición a fluidos de riesgo):

11 oportunidades de H.M.

Se realiza H.M en 10 ocasiones.

Tasa de Adhesión a la H.M: 90,9%.

4.Momento (Después del contacto con el paciente):

30 oportunidades de H.M.

Se realiza H.M en 27 ocasiones.

Tasa de Adhesión a la H.M: 90%.

5. Momento: (Después del contacto con el entorno del paciente):

30 oportunidades de H.M.

Se realiza H.M en 27 ocasiones.

Tasa de adhesión a la H.M: 90%.

Conclusiones:

Desde el punto de vista metodológico la muestra del estudio ha sido lo suficientemente grande como para analizar bien el servicio de Reanimación y su evolución.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio se observa una mejora en la tasa global de la adhesión de la H.M respecto a estudios realizados anteriormente.

A pesar de las dificultades del estudio, la preparación y formación del equipo Observador por parte del servicio de Medicina Preventiva del Hospital de León ha sido la clave para garantizar la unificación de criterios.

Bibliografía

- 1.- Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la Atención Sanitaria. Año 2005.
- 2.- World Health Organization. Clean Care is Safer Care. 2013. Available from: <http://www.who.int/gpsc/en/>(Accessed April 2nd 2013).
- 3.- J. Vaqué. Grupo de Trabajo Epine. 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Medicina Preventiva, salud pública e Higiene.
- 4.- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. 2013. Available from: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyllfull.pdf> (Accessed March 28th 2013).<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetullfull.pdf> (Accessed March 28th 2013).

Capítulo 95

Estudio sobre el reservorio subcutáneo y sus complicaciones por el personal de enfermería en radiología vascular

*Pliego Nieto, Lorena
Moreno Cazallas, Berísimo
Sánchez Rodríguez de La Paz, Ángela*

ESTUDIO SOBRE EL RESERVORIO SUBCUTÁNEO Y SUS COMPLICACIONES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RADIOLOGÍA VASCULAR.

INTRODUCCIÓN

El reservorio subcutáneo supone un avance en el tratamiento de pacientes con enfermedades de larga duración facilitando un acceso venoso rápido, seguro y fácil de usar. Sin embargo, se asocia a complicaciones tardías que en su mayoría son derivadas de su manipulación: obstrucciones, extravasación, infección, necrosis cutánea, migración del catéter o rotación del reservorio entre muchas otras.

OBJETIVOS

Estudiar y recoger las complicaciones relacionadas de la utilización de los reservorios subcutáneos implantados en pacientes oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo, de corte transversal con carácter retrospectivo de las complicaciones del reservorio subcutáneo en pacientes oncológicos del servicio de radiología vascular.

El período de estudio fue de 4 años comprendido entre de 2018 y abril de 2021. Los datos de la revisión se recopilaron de los registros de las historias clínicas de los pacientes, donde se obtuvo una muestra de 169 pacientes con malfunción del reservorio derivados al servicio de radiología vascular para su estudio y resolución.

CONCLUSIONES

Consideramos necesario realizar esta revisión para vigilar las complicaciones del manejo de los reservorios debido a un incremento de las complicaciones de carácter obstructivo en nuestra muestra que pueden afectar a su funcionamiento y a la calidad de vida de nuestros pacientes.

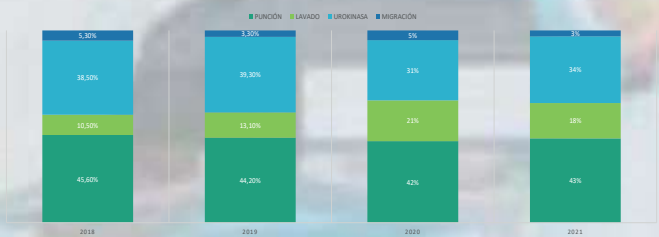
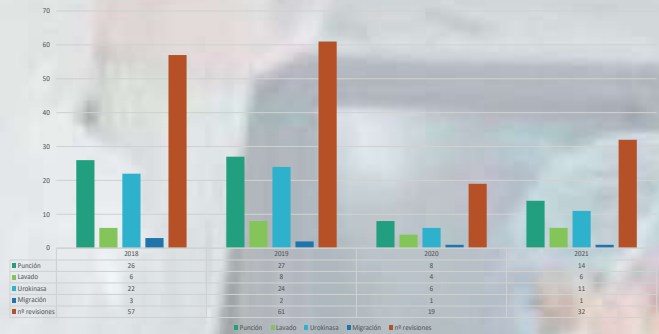
La unificación de criterios sobre el uso y mantenimiento de estos dispositivos podría reducir el número de complicaciones, así como los cursos formativos a los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Freire E, Iglesia AD la, Rodríguez C, López MA, González M, Peleteiro R, et al. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2008
- Reservorio venoso subcutáneo: ventajas y complicaciones [Internet]. Revista-portalesmedicos.com.
- Jané Albós S, Casas Grimaldos A, Cuadrado Gorgues S, Rives González M, Sanchis Hijazo J. Complicación infrecuente de los reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes: migración espontánea de la punta del catéter a la vena yugular isolateral. Cir Esp [Internet]. 2008
- Revista. Reservorio subcutáneo, mantenimiento y complicaciones en el paciente ingresado. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021.

RESULTADOS

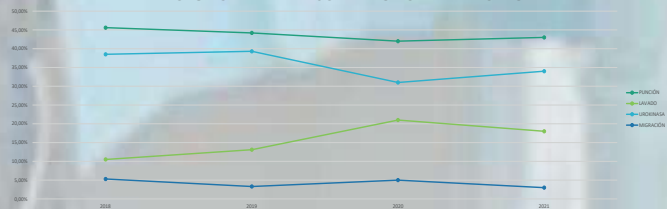
COMPLICACIONES DERIVADAS A RADIOLOGÍA VASCULAR



CRITERIOS DE DERIVACIÓN



EVOLUCIÓN DEL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES



Resumen: El reservorio subcutáneo supone un avance en el tratamiento de pacientes con enfermedades de larga duración y un rápido, seguro y fácil acceso venoso. Nuestro objetivo es recoger las complicaciones relacionadas con su utilización en pacientes oncológicos a través de un estudio descriptivo con carácter retrospectivo de las complicaciones del reservorio subcutáneo en pacientes oncológicos del servicio de radiología vascular entre de 2018 y abril de 2021. Consideramos necesario realizar esta revisión para vigilar las complicaciones surgidas en el manejo de los reservorios debido a un incremento de las derivaciones al servicio de radiología vascular por malfuncionamiento del dispositivo.

Palabras Clave: Dispositivos de Acceso Vascular, Reservorios Venosos, Obstrucción del cateter.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El reservorio venoso subcutáneo es un catéter central interno insertado con técnica tunelizada en el tejido hipodérmico formando un sistema competente, seguro y duradero para acceder al sistema vascular, sin precisar punciones en las venas periféricas de pacientes subsidiarios de tratamiento endovenoso prolongado, principalmente en pacientes oncológicos por la irritación y/o esclerosis vascular de los tratamientos y por la necesidad de múltiples venopunciones. (1)

Por esta razón, ha aumentado su uso proporcionando un aumento en la calidad de vida de los pacientes ya que disminuye el dolor y el malestar producido durante la punción, la trombosis venosa ocasionada por la punción repetitiva, etc.

El sistema está compuesto por tres partes:

- Portal: Es un dispositivo pequeño que consta de una cámara con una base, un espacio hueco en el interior y tapa blanda de silicona autosellable. Es radiopaco y se compone de titanio, acero inoxidable o de polioximetileno.
- Catéter: tubo delgado y flexible, el cual se implanta en el sistema circulatorio donde el extremo distal se posiciona en la vena cava superior y el proximal se une mediante el conector al portal. Se compone de materiales con bajo índice trombogenicidad como silicona o poliuretano.
- Conector: componente que une el catéter con el portal.

Se realiza su implantación, sin requerir ingreso, en quirófano de radiología vascular de manera ambulatoria y bajo anestesia local. Se sitúa debajo de la piel preferentemente en la fosa infraclavicular derecha insertado en un bolsillo subcutáneo sobre el plano muscular a nivel de la tercera o cuarta costilla.

El acceso venoso se realiza a través de las venas yugular o subclavia y se posiciona el extremo distal en la vena cava superior generalmente. Tras la inserción del catéter se comprueba el reflujo sanguíneo y su funcionalidad en el intraoperatorio y se verifica el correcto posicionamiento del extremo distal del catéter por fluoroscopia que debe quedar situado en la vena cava superior. (2.3)

Las ventajas del uso del reservorio venoso subcutáneo son múltiples: Se trata de un dispositivo fácil manejo, seguro y duradero que mejora considerable en la calidad de vida del paciente al reducirse las punciones venosas periféricas y sus complicaciones asociadas (extravación, trombosis,

flebitis...), disminuye el tiempo de permanencia en el hospital ya que se puede realizar el abordaje desde atención primaria pudiendo mantener sus actividades de la vida diaria en cierta medida, mejora la relación coste-beneficio al conseguir tiempo de hospitalización mejores, y facilita el abordaje endovenoso como la extracción sanguínea, la administración de medicamentos, nutrientes, hemoterapia, etc. (1, 2,3)

Las complicaciones relativas a su uso son inferiores al 22%, con una baja mortalidad asociada. Las complicaciones precoces se producen en el momento de la implantación (punción arterial, pneumotórax, hemotórax, hematoma de la zona de punción) y complicaciones tardías derivadas de su manipulación en su mayoría, entre las que destacan: obstrucciones, extravasación, infección, necrosis cutánea, migración del catéter o rotación del reservorio entre muchas otras. Para evitar estas complicaciones y aunque el reservorio sea funcional, se recomienda realizar controles radiográficos periódicos.

El sistema es apto para su utilización desde el primer momento tras su inserción aunque se recomienda esperar hasta la resolución de la herida quirúrgica, y su mantenimiento debe realizarse por equipos de enfermería entrenados y cualificados en la tarea, con protocolos estandarizados y según las recomendaciones de las casas comerciales (1,4)

Objetivos:

Estudiar y recoger las complicaciones relacionadas de la utilización de los reservorios subcutáneos implantados en pacientes oncológicos.

Metodología:

Realizamos un estudio descriptivo, de corte transversal con carácter retrospectivo de las complicaciones del reservorio subcutáneo en pacientes oncológicos del servicio de radiología vascular.

El período de estudio fue de 4 años comprendido entre de 2018 y abril de 2021. Los datos de la revisión se recopilaron de los registros de las historias clínicas de los pacientes con reservorio subcutáneo, donde se obtuvo una muestra de 169 pacientes con malfunción del reservorio derivados al servicio de radiología vascular para su estudio y resolución.

Las obstrucciones fueron resueltas con una nueva punción, lavado con suero fisiológico, administración de urokinasa y/o la reinserción de un nuevo reservorio en el caso de la migración del catéter o la no resolución de la obstrucción con los métodos anteriormente citados.

Resultados:

El estudio fue realizado en 169 pacientes oncológicos tratados con fármacos quimioterápicos a través de este tipo de dispositivos que se derivaron al servicio de radiología vascular por obstrucción del reservorio subcutáneo.

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, y en relación con la bibliografía revisada, los resultados de muestra pueden ser mejorables en el rango de las complicaciones derivadas al servicio de radiología vascular.

El abordaje de las obstrucciones en el servicio de radiología vascular ha sido uno de los motivos principales del estudio donde se han observado que menos del 50% de las derivaciones anuales cumplían criterio de indicación para su tratamiento con urokinasa o reinserción de un nuevo reservorio por migración del catéter.

Observamos un probable incremento en el número de casos de obstrucción resuelta con lavado y punción con el paso de los años, de las cuales la mayoría se han resuelto solo con una nueva punción en el reservorio.

Conclusión:

La técnica, abordaje y mantenimiento de los reservorios subcutáneos son una excelente opción para los tratamientos prolongados y repetidos para el paciente oncológico por lo que consideramos necesario realizar esta revisión como vigilancia de las complicaciones surgidas en el manejo de los reservorios y debido a un incremento de las complicaciones de carácter obstructivo en nuestra muestra que pueden afectar a su funcionamiento y a la calidad de vida de nuestros pacientes.

Mostramos como la unificación de criterios a la hora de realizar el mantenimiento de los reservorios por parte de los equipos de enfermería podría reducir el número de complicaciones, por lo que se cree que podría ser beneficioso incorporar cursos formativos sobre el uso y mantenimiento de estos dispositivos.

Bibliografía

- 1.- Freiré E, Iglesia AD la, Rodríguez C, López MA, González M, Peleteiro R, et al. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2008
- 2.- Reservorio venoso subcutáneo: ventajas y complicaciones [Internet]. Revista-portalesmedicos.com.
- 3.- Jané Albós S, Casas Grimaldos A, Cuadrado Gorgues S, Rives González M, Sanchís Hijazo J. Complicación infrecuente de los reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes: migración espontánea de la punta del catéter a la vena yugular isolateral. Cir Esp [Internet]. 2008
- 4.- Revista. Reservorio subcutáneo, mantenimiento y complicaciones en el paciente ingresado. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021.

Capítulo 96

Estudio sobre el tipo de Pinzamiento del cordón umbilical y la práctica de milking

*Núñez Prieto, Celia
Campos Noblejas, Carmen*

ESTUDIO SOBRE EL TIPO DE PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL Y LA PRÁCTICA DEL MILKING

SATSE

INTRODUCCIÓN

El pinzamiento del cordón umbilical es la técnica a nivel obstétrica que consiste en el cese de la circulación de la sangre de los vasos umbilicales. Estos se cierran cuando se realiza el pinzamiento, derivando en una separación de la circulación placentaria y neonatal.

El tiempo en el que se desarrolle el pinzamiento del cordón umbilical ha demostrado una serie de ventajas sobre los recién nacidos. Además, la investigación de nuevas prácticas como el milking está demostrando ventajas en aquellos neonatos a término o prematuros que nacen deprimidos y necesitan una reanimación neonatal inmediata o presentan una madre en situación de inestabilidad hemodinámica.

OBJETIVOS

Determinar la evidencia sobre la utilidad y seguridad de la práctica del milking comparándolo con el resto de pinzamientos de cordón umbilical.



RESULTADOS

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica en las bases de datos y evidencia: Cochrane library, Pubmed, Scielo, TESEO y TDCAT.
- Descriptores: pinzamiento de cordón umbilical, tiempo de pinzamiento del cordón umbilical, milking, ordeño del cordón umbilical.
- Criterios de inclusión: artículos, tesis doctorales publicados en los últimos 5 años, 2018-2022 en inglés y español.
- Criterio de exclusión: trabajos donde no se podía acceder al texto completo y diseño de tipo observacional.
- Análisis en función de la edad gestacional.

AUTOR	AÑO	N	POBLACION	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADO							
					HEMOGLOBINA				RIESGO DE TRANSFUSIÓN		HEMATOCRITO	
Ortiz Esquinasi	2021	2083	RN T y RN PM	TE	El OCU no presento relación con los niveles de HB iniciales (DMO=95% IC: 0.4 g/L (-0.16, 0.95) RN y PM <34 sem a las 24h nacer	El OCU no presento relación con los niveles de HB iniciales en RN PM <34 sem a las 6sem nacer. [DMP=[95% IC: 0.07 g/L (-0.29-0.43)]]	El OCU aumentaba la HB en RN PM >34 sem a las 24h nacer [DMP= 0.89 g/L [95% IC: 0.55, 1.22]]	El OCU aumentaba la HB en RN PM >34 sem a las 6 sem de nacer (DMP=0.91 g/L [95% IC: 0.5, 1.32]).	RNE	El OCU dio una disminución del riesgo de transfusión en los grupos de intervención frente a los controles con un RR de 0.78 [95% IC: 0.66-0.92], respectivamente. RN PM >33 sem y <37 sem	El OCU aumentaba los niveles de hematocrito en RN PM >33 sem (DMP=2.90 millones/mm ³ [95% IC: 1.28, 4.52])	El OCU no mostro niveles de HT mayores (DMP=1.43 millones/mm ³ [95% IC: -0.03, 2.89]) RN PM <33sem.
XIE Y J	2022	256	RN PM	ECA	Los RN PM que recibieron OCU tuvieron niveles significativamente más altos de HB (p<0,05)				Menor prevalencia de anemia y una menor necesidad de transfusiones en el grupo OCU		Los RN PM que recibieron OCU tuvieron niveles significativamente más altos de HT y hierro sérico (p<0,05)	
Carrillo Arteaga HS	2019	92	RN PM	ECA	El OCU fue significativamente mayor: 17.08 +/- 3g/Dl vs 14.74 +/- 1,78 d/Dl; P=0.001. La frecuencia de anemia: 22 (47.8%) vs 33 (73.3%); p=0.001				Las necesidades de transfusión: 19 (41.3%) vs 31 (68.8%); p_0.002 y el volumen medio transfundido: q8.2 +/- 33.6ml VS 35.3 +/- 45l; P=0.04 fueron significativamente menores en el OCU al compararlo con el PTC		RNE	
Mangla MK	2020	375	RN T	RCT	RNE				RNE		La (DE) del HT a las 48h vio que el OCU fue mayor que el PTC [57,7 (4,3) vs 55,9 (4,4); p=0.002]. El HT venoso a las 6 (+/-1) sem fue mayor en el OCU que en el grupo PTC [(DE)=37.7 (4,39 VS 36 (3,4); media diferencia 1,75 (ic DEL 95%: 0,53 A 2,9); p=0,004]	

MET= meta-análisis; ECA=ensayo clínico abierto; RCT= ensayo controlado aleatorio; RS= revisión sistemática.

HB= hemoglobina; HT=hematocrito; RT=riesgo de transfusión; Sem=semana; h=hora; RN T= recién nacidos a término; RN PM= recién nacidos prematuros

RNE= resultado no encontrado; DE=media; IC= intervalo de confianza; RR= riesgo relativo; RA= riesgo atribuible; DMP= diferencias medias ponderadas; DMO= diferencias medias observadas

CONCLUSIÓN

- La práctica recomendada actualmente en aquellos partos sin complicaciones es el PTC respecto al PPC y, además no hay evidencia de que el milking sea mejor técnica que el PTC y no se recomienda el retraso del proceso de parto con el fin de llevar a cabo la práctica del milking.
- En aquellos partos en los que la madre y/o el recién nacidos se encuentren en situación de inestabilidad, se ha evidenciado que la realización del milking como alternativa al PTC en los recién nacidos prematuros >34 semanas aumenta la hemoglobina, hematocrito y presión arterial iniciales, además que disminuye el riesgo de transfusión.
- se recomienda seguir investigando acerca de este tema ya que en aquellos prematuros <34 semanas el milking no ha evidenciado mejores resultados y, además, en una serie de artículos se vio riesgo de hemorragia intraventricular en aquellos neonatos <28 semanas de gestaciones a los que se les práctico el milking; y se desaconseja esta técnica por ello.

Resumen: *El pinzamiento del cordón umbilical es el cese de la circulación de la sangre de los vasos umbilicales, derivándose en una separación de la circulación placentaria y neonatal. El tiempo en el que se proceda al pinzamiento ocurrirán una serie de fenómenos fisiológicos que repercutirán positiva/negativamente al neonato.*

El fin de esta revisión bibliográfica es evidenciar el mejor tiempo de pinzamiento del cordón umbilical comparándolo con una técnica novedosa “el milking” con el fin de determinar, que técnica presenta según la ciencia, mejores niveles de hemoglobina, hematocrito y menor riesgo de sufrir una transfusión sanguínea y de sufrir anemia

Palabras Clave: *Milking, Ordeño del cordón umbilical, Pinzamiento del cordón umbilical*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El milking es una práctica clínica novedosa de la que se han evidenciado ventajas en aquellos neonatos a término o prematuros que nacen deprimidos y necesitan una reanimación neonatal inmediata o presentan una madre en situación de inestabilidad hemodinámica.

Objetivos:

Determinar la evidencia sobre la utilidad y seguridad de la práctica del milking comparándolo con el resto de pinzamientos de cordón umbilical.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos y evidencia: Cochrane library, Pubmed y Scielo, así como fuentes de literatura gris como TESEO y TDCAT (repositorios de tesis doctorales). Los descriptores utilizados fueron: pinzamiento de cordón umbilical, milking, ordeño del cordón umbilical. Los criterios de inclusión fueron artículos, tesis doctorales publicados en los últimos 5 años, 2018-2022 en inglés y español. Como criterio de exclusión se desecharon aquellos trabajos donde no se podía acceder al texto completo y cuyo diseño fuera de tipo observacional. Se decidió hacer un análisis en función de la edad gestacional

Resultados:

Se localizaron un total de 11 documentos, de los cuales 3 eran revisiones sistemáticas y de esos tres 1 era además un meta-análisis, 5 eran ensayos clínicos, una tesis doctoral, un estudio transversal y una revisión bibliográfica de UpToDate.

Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 5 documentos. Los resultados obtenidos fueron hemoglobina, riesgo de transfusión y hematocrito y se dividió a los recién nacidos según grupos de edades gestacionales. En el primer trabajo elegido se dividió a los recién nacidos en cuatro grupo de edades gestacionales y se evaluó su nivel de hemoglobina a las 24 horas de nacer y posteriormente, a las 6 semanas de nacer y los resultados fueron; los recién nacidos <34 semanas a las 24 horas de nacer y a las 6 semanas no se pudo demostrar evidencia de que el milking aumentara los niveles de hemoglobina (Diferencia medias ordinarias) (DMO =

95%, (Intervalo de confianza) IC: 0.40 g/L (-0.16, 0.95)), ni a las 6 semanas (DMP= [95% IC: 0.07 g/L (-0.29 - 0.43)]), disminuyera el riesgo de transfusión o elevara el hematocrito (diferencia medias ponderales) (DMP = 2.90 millones/mm³ [95% IC;-0.03, 2.89]); sin embargo, se demostró que los bebés >34 semanas y nacidos a término a los que se les practicaba esta técnica demostraban mejores niveles de hemoglobina (DMP) = 0.89 g/L [95% IC; 0.55, 1.22]), hematocrito (DMP = 2.90 millones/mm³ [95% IC; 1.28, 4.52]) y menos riesgo de transfusión en los grupos de intervención frente a los control con un RR de 0.78 [95% IC, 0.66-0.92], respectivamente.

Seguidamente los dos(ensayos clínicos aleatorizados) (ECA) elegidos, vimos que ambos grupos que fueron intervenidos con el milking respecto de los controles se vio un aumento significativamente más alto del nivel de hemoglobina (p<0,05) en el primer ECA y 17.08 +/- 2g/dL (versus) vs 14.74 +/- 1,78 g/dL ; p= 0.001 en el segundo ECA, además y disminuía el riesgo de transfusión (41.3% vs 68.8%); p= 0.002 y el volumen medio transfundido 18.2 +/- 33.6 mL vs 35.3 +/- 45 L; p = 0.04 fueron significativamente menores en el grupo sometido a milking comparándolo con el sometido a (pinzamiento precoz del cordón umbilical) PPC. Respecto al hematocrito, el primer ECA demostró que el grupo sometido a milking tuvo niveles significativamente mayores de hematocrito y hierro sérico (p<0,05), por otro lado, no se encontraron resultados en el segundo ECA acerca de este resultado.

Continuando con el ensayo controlado aleatorizado, en el cual solo se dio respuesta a la variable hematocrito se vio que en aquellos recién nacidos mayores de 34 semanas a las 48 horas de nacer y a las 6 semanas de nacer, los bebés a los que se les realizó la práctica del milking presentaban mejores niveles de hematocrito con respecto a los que se les practicó (pinzamiento tardío del cordón umbilical) PTC: [57,7 (4,3) vs 55,9 (4,4); p = 0,002](48 horas de nacer) vs [(DE), 37,7 (4,3) vs 36 (3,4); media diferencia 1,75 (IC del 95%: 0,53 a 2,9); p = 0,005] (6 semanas de nacer).

Por último, en UpToDate se vio que los recién nacidos prematuros el milking presentó con respecto al PTC y con respecto al PPC, una reducción del riesgo de transfusión ((riesgo relativo, RR) = 0.78 [(IC) del 95%: 0.67-0.90]) y aumentaba la hemoglobina (DMP) = 0.89 g / L [95% IC; 0.55, 1.22]) y la presión arterial media (DMP = 1.92 mmHg [95% IC; 0.55, 3.25]).

Conclusiones:

La práctica recomendada actualmente en aquellos partos sin complicaciones es el PTC respecto al PPC y, además no hay evidencia de que el milking sea mejor técnica que el PTC y no se recomienda el retraso del proceso de parto con el fin de llevar a cabo la práctica del milking.

Sin embargo, en aquellos partos en los que la madre y/o el recién nacidos se encuentren en situación de inestabilidad, se ha evidenciado que la realización del milking como alternativa al PTC en los recién nacidos prematuros >34 semanas aumenta la hemoglobina, hematocrito y presión arterial iniciales, además que disminuye el riesgo de transfusión.

Por último, se recomienda seguir investigando acerca de este tema ya que en aquellos prematuros <34 semanas el milking no ha evidenciado mejores resultados y, además, en una serie de artículos se vio riesgo de hemorragia intraventricular en aquellos neonatos <28 semanas de gestaciones a los que se les practicó el milking; y se desaconseja esta técnica por ello.

Bibliografía

1.- De Ortiz Esquinas I. Manejo de la tercera etapa del parto: variabilidad en la práctica clínica y evidencia del empleo del milking. Tesis doctoral. Ciudad Real, Universidad de Castilla La-Mancha, 2021.

2.- Mangla MK, Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, Deorari AK, Paul VK. Effect of umbilical cord milking vs delayed cord clamping on venous hematocrit at 48 hours in late preterm and term neonates: A randomized controlled trial. *Indian Pediatr* [Internet]. 2020;57(12):1119–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13312-020-2064-7>

3.- Carrillo Arteaga HS, Ureña Martínez S, Isidoro Jiménez G, Villasana Carrillo NL. Eficacia del ordeño del cordón umbilical comparado con el pinzamiento temprano para prevenir la anemia en recién nacidos prematuros. *Acta pediátr Méx* [Internet]. 2019;40(3):122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18233/apm40no3pp122-1321808>

4.- Xie Y-J, Xiao J-L, Zhu J-J, Wang Y-W, Wang B, Xie L-J. Effects of umbilical cord milking on anemia in preterm infants: A multicenter randomized controlled trial. *Am J Perinatol* [Internet]. 2022;39(1):31–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1713350>.

5.- Edmund F Funai, MDErrol R Norwitz, MD, PhD, MBA. Labor and delivery: Management of the normal third stage after vaginal birth. En: UpToDate, Charles J Lockwood, MD, MHCM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 8 de abril del 2022). https://www.uptodate.com/contents/labor-and-delivery-management-of-the-normal-third-stage-after-vaginal-birth?search=que%20pinzamiento%20de%20cordon%20umbilical%20es%20mejor%20para%20mejorar%20el%20estado%20hematol%C3%B3gico%20en%20prematuros&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2705122206

Capítulo 97

Estudio sobre la importancia de la Formación en el manejo de heridas de difícil cicatrización

*Suárez - Bárcena González, Laura
Pliego Nieto, Lorena
Espadas Díaz Salazar, Jose Manuel
López-Zarco Sánchez, María Eugenia
Medina Carretero, Sonia
Peña Cárdenas, Ana María*

ESTUDIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN EL MANEJO DE HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

Suárez – Bárcena González, Laura; Pliego Nieto, Lorena; Espadas Díaz Salazar, Jose Manuel; López-Zarco Sánchez, María Eugenia; Medina Carretero, Sonia; Peña Cárdenas, Ana María.



INTRODUCCIÓN.

Las heridas de difícil cicatrización son un problema de salud pública que producen un importante impacto epidemiológico, económico y social. Es por ello que su correcto cuidado supone un reto para los profesionales de la salud, haciéndose necesario unas medidas de prevención eficaces, un diagnóstico preciso y un tratamiento integral adecuado, requiriendo para ello, una actualización constante de los conocimientos de nuestros profesionales de la salud.



OBJETIVOS.

- Formar a los profesionales en el correcto abordaje de las heridas.
- Disminuir la variedad clínica en el tratamiento de las heridas.
- Facilita la labor asistencial, administrativa, docente e investigadora de los profesionales.

METODOLOGÍA.

Estudio descriptivo, de corte transversal, con análisis sobre la intervención formativa:

Se planificó y desarrollo un plan de capacitación presencial para actualizar a los profesionales de atención primaria de la gerencia acerca de la última evidencia científica en el cuidado de las heridas. Previo a la formación, se evaluó con un cuestionario ad hoc lo que sabían acerca de distintos aspectos de las heridas de difícil cicatrización y, posteriormente, se analizó con el mismo cuestionario lo que habían aprendido. Para ello, se contó con el consentimiento informado de los participantes, siendo el criterio de elección el estar presentes durante toda la actividad formativa.

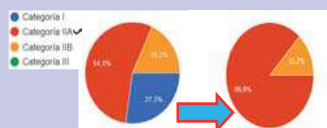
CUESTIONARIO.
La participación en este estudio es totalmente voluntaria, las respuestas a estas preguntas son anónimas y confidenciales. Le rogamos responda con sinceridad, el objetivo de este cuestionario es conocer el grado de conocimiento sobre la prevención y manejo de las heridas de difícil cicatrización para justificar la utilidad de la formación. Gracias.



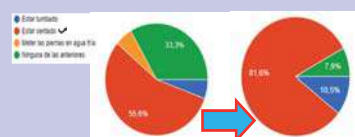
RESULTADOS.

- La formación la recibieron 39 profesionales, de los cuales el 90% eran enfermeras, siendo el 68,4% mujeres con una edad media de 44,44 años.
- Los resultados sugieren un incremento del conocimiento post intervención y un interés del 100% de los encuestados en acudir a cursos sobre el tema al que referimos, lo que sugiere reforzar la formación y capacitación de los profesionales en la última evidencia científica:

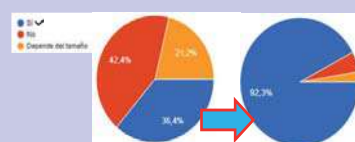
ERITEMATOSA CON PERDIDA DE INTEGRIDAD CUTANEA <50 %



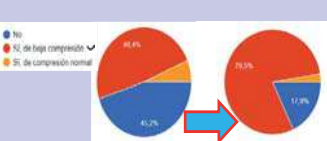
ALIVIO DEL DOLOR DE ETIOLOGIA ARTERIAL



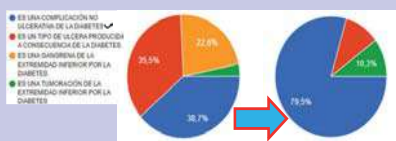
DESBRIDAR UNA AMPOLLA PRODUCIDA POR QUEMADURA



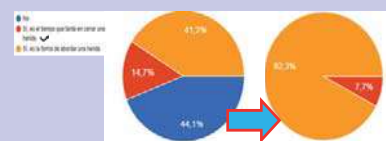
INDICE TOBILLO BRAZO DE 07 ¿TERAPIA COMPRESIVA?



¿QUÉ ES EL PIE DE CHARCOT?



¿¿CONOCES EL CONCEPTO TIME?



- Sólo el 20,5 % de los encuestados conocía el término y los mecanismos de lesiones relacionadas con la dependencia que abarcan frente al 74,4 % de los encuestados tras la formación. Así mismo, solo el 23% conocía la escala de Braden con el riesgo de padecer una lesión relacionada con la dependencia frente al 69% posterior a la formación.

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra la importancia de actualizar y capacitar a los profesionales sanitarios en la valoración de los distintos tipos de heridas, preparación del lecho según esquema TIME, descripción de tipos, composición y mecanismos de acción de apósitos y otras técnicas para el tratamiento integral de la persona con heridas de difícil cicatrización, ya que trabajar siguiendo la evidencia científica, permite aportar unos cuidados de calidad, disminuir la variabilidad clínica y una mayor eficiencia del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santiyán González AM, Caminero Ocaña B, Sánchez Carretero, Concepción. Colección de Guías para el cuidado de las heridas. Úlceras de las extremidades inferiores. I Ed. Publisport; 2021.
2. Santiyán González AM, Caminero Ocaña B, Sánchez Carretero, Concepción. Colección de Guías para el cuidado de las heridas. Lesiones relacionadas con la dependencia. I Ed. Publisport; 2021.
3. Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Ceramó Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos [Internet].:27–31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100006

Resumen: Actualmente, las heridas de difícil cicatrización son un problema de gran magnitud que requieren de cuidados y formación específica. Por ello, el objetivo de este estudio es demostrar la importancia de actualizar y capacitar a los profesionales implicados, en realizar una adecuada valoración integral y conocer de manera adecuada cómo abordar las heridas y las distintas opciones de tratamiento disponibles, ya que trabajar siguiendo la evidencia científica, permite aportar unos cuidados de calidad.

Para ello, se desarrolló un plan de capacitación evaluando los conocimientos antes y después, observándose un marcado interés y una mejora en los conocimientos del personal.

Palabras Clave: Cicatrización de Heridas, Educación Continua, Eficiencia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las heridas de difícil cicatrización son uno de los problemas de salud pública a las que nuestro sistema sanitario se enfrenta en la actualidad, ya que están muy relacionadas con el envejecimiento poblacional, la dependencia y la cronicidad, produciendo un importante impacto epidemiológico (alta incidencia y recidiva: entre el 40-50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución), económico (elevados costos en su atención tanto en recursos humanos como en materiales) y social (afectan a la autonomía, autoestima y calidad de vida del paciente y a su entorno).

Debido a que las heridas de difícil cicatrización presentan escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea, su correcto cuidado supone un reto para los profesionales de la salud, haciéndose necesario un diagnóstico preciso y un tratamiento integral adecuado, requiriendo para ello, una actualización constante de los conocimientos de nuestros profesionales de la salud.

Objetivos:

Formar a los profesionales en el correcto abordaje de las heridas:

- Conocer las distintas causas por las que se produce una lesión.
- Realizar una valoración integral a los pacientes con heridas.
- Conocer los distintos tratamientos disponibles y realizar un uso eficiente de los mismos.

Disminuir la variedad clínica en el tratamiento de las heridas:

· Garantizar un lenguaje común, una continuidad asistencial y prácticas seguras en el cuidado de las heridas.

· Facilita la labor asistencial, administrativa, docente e investigadora de los profesionales de enfermería.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo, de corte transversal, con medición antes y después de la intervención formativa: Se planificó y desarrollo un plan de capacitación presencial para actualizar a los enfermeros de atención primaria de la gerencia acerca de la última evidencia científica en el cuidado de las heridas. Previo a la formación, se evaluó con un cuestionario ad hoc lo que sabían acerca de distintos aspectos de las heridas de difícil cicatrización y, posteriormente, se analizó con el mismo cuestionario lo que habían aprendido. Para ello, se contó en todo momento con el consentimiento informado de los participantes.

La muestra de estudio fueron 39 profesionales de enfermería que desarrollaban su labor en los distintos centros de atención primaria de la gerencia que cumplieron el criterio de estar presentes durante toda la actividad formativa.

Resultados:

Los resultados sugieren un incremento del conocimiento post intervención formativa y un interés del 100% de los encuestados en acudir a cursos sobre el tema al que referimos, lo que sugiere fortalecer la formación y capacitación de los profesionales sanitarios en la última evidencia científica sobre las heridas de difícil cicatrización:

La muestra fue de un total de 39 profesionales sanitarios, de los cuales el 90% eran enfermeras, siendo el 68,4% mujeres con una edad media de 44,44 años. Con respecto al conocimiento de los profesionales sanitarios, en el 100% de las preguntas, se observa un claro aumento del conocimiento del personal que acude a la formación, destacando, en relación a los tipos y valoración de las heridas, que previo a la formación sólo el 20,5 % de los encuestados conocía el término de lesiones relacionadas con la dependencia y los tipos de mecanismos que abarcan, tan solo el 23% reconocía como escala de valoración del riesgo de padecer una lesión relacionada con la dependencia usada en la gerencia la escala Braden, sólo el 38% definió correctamente lo que es el pie de Charcot y cerca del 50% no sabía cómo puede aliviar un paciente el dolor una persona con heridas de etiología arterial ni determinó correctamente la categoría de una lesión por humedad descrita; con respecto al abordaje de las lesiones, menos de la mitad interpretó correctamente el ITB, sólo el 36,4% desbridaría la ampolla producida por una quemadura, cerca del 59% no conocía el abordaje de una herida por medio del concepto TIME y se presenta una falta de conocimientos en apósitos manifestado por dos preguntas en relación a dos tipos de ellos.

Conclusiones:

El presente estudio muestra una aproximación al conocimiento que tienen los profesionales acerca del diagnóstico y tratamiento integral de las personas con heridas, mostrando la importancia de actualizar y capacitar a los profesionales sanitarios en la valoración de los distintos tipos de heridas, preparación del lecho según esquema TIME, descripción de tipos, composición y mecanismos de acción de apósitos y otras técnicas para el tratamiento integral de la persona con heridas de difícil cicatrización, ya que trabajar siguiendo la evidencia científica, permite aportar unos cuidados de calidad, disminuir la variabilidad clínica y una mayor eficiencia del sistema sanitario, además de una mejora en bienestar y calidad de vida de las personas que la padecen y a su entorno.

Bibliografía

- 1.- Santiyán González AM, Caminero Ocaña B, Sánchez Carretero, Concepción. Colección de Guías para el cuidado de las heridas. Úlceras de las extremidades inferiores. I Ed. Publisport; 2021.
- 2.- Santiyán González AM, Caminero Ocaña B, Sánchez Carretero, Concepción. Colección de Guías para el cuidado de las heridas. Lesiones relacionadas con la dependencia. I Ed. Publisport; 2021.
- 3.- Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos [Internet].:27–31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100006
- 4.- Sanz C, María I. CONOCIMIENTOS, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN. APLICACIÓN DIDÁCTICA. Jaén: Universidad de Jaén; 2021.
- 5.- Matute AEG, López AC, Fernández VMV. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia [Internet]. 2014; 4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767092>

Capítulo 98

Eventos adversos en pacientes sometidos a Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR)

*Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Muñoz-Torrero Peña, Alicia
Núñez Jiménez, María Pilar
Chillaron Cáceres, Virtudes
Salas Torres, Oscar*

EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL (TCRR)

AUTORES: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Camargo JC, Muñoz-Torrero Peña A, Núñez Jiménez MP, Chillarón Cáceres V, Salas Torres O.



Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.



INTRODUCCIÓN

La lesión renal aguda (IRA) es una complicación común de los pacientes ingresados en UCI, con una alta morbimortalidad. La incidencia se sitúa entre un 5-7% de los pacientes ingresados en UCI. Para abordar esta complicación se requieren de terapias de reemplazo renal. El 70% de los pacientes con IRA recibe terapia de reemplazo renal continuo (TRRC). Una de las principales ventajas de las TRRC es que funcionan de forma lenta y continua, favoreciendo la estabilidad hemodinámica del paciente y permitiendo optimizar el manejo de líquidos y electrolitos. Las TRRC funcionan extrayendo sangre del paciente para depurarla haciéndola pasar por un filtro, una vez eliminadas las moléculas y agua que se desean, la sangre es retornada al enfermo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y ámbito:

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en una UCI de 2º Nivel durante 3 años.

Población de estudio.

Pacientes diagnosticados de IRA que recibieron tratamiento con TRRC. El principal criterio de inclusión fue recibir TRRC utilizando como anticoagulante del sistema el citrato sódico. Se excluyeron a los pacientes que recibieron terapias de reemplazo renal intermitentes y aquellos pacientes con TRRC en los que se utilizó la heparina sódica como anticoagulante.

Variables:

Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, diagnóstico), de gravedad (APACHE II y NEMS) y variables relacionadas con el tipo de catéter, terapia y eventos adversos mecánicos y metabólicos relacionados con la técnica.

Análisis de datos:

Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney o T de Student en función de la normalidad de la variable. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Se obtuvo autorización del CEIC para la realización del estudio. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional en relación con la protección de datos. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

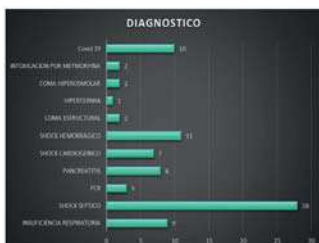


Gráfico 1



Gráfico 2



Gráfico 3

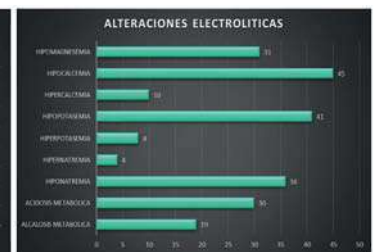


Gráfico 4

OBJETIVOS

Analizar la incidencia de eventos adversos mecánicos y metabólicos potencialmente relacionados con la técnica de reemplazo renal continuo utilizando como anticoagulante regional el citrato sódico.

Evaluar la mortalidad de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal continuo en nuestra unidad.

RESULTADOS

Datos demográficos:

Se analizaron 100 pacientes sometidos a TRRC con anticoagulación regional con citrato. Un 62,6% (62) fueron hombres, la edad media fue de 63±14,5 años, rango (16-89). No hubo diferencias en la edad en función del sexo de los participantes, $p=0,7$. El 64,4% (64) eran pacientes con patología médica. Las principales causas de lesión renal aguda pueden verse en el gráfico 1. El pronóstico medido por el APACHE II se situó en 26,5±8,8. No se observó diferencias en la gravedad entre hombres y mujeres, $p=0,08$. La mortalidad según el índice pronóstico se puede ver en el gráfico 2. Las cargas de trabajo fueron elevadas obteniendo una puntuación promedio en la escala NEMS de 40,5±9 puntos. Tampoco hubo diferencias en las cargas de trabajo según el sexo de los participantes, $p=0,2$. Un 93,9% (93) recibió drogas vasopresoras. La mediana de estancia en la uci fue de 16 días RIC (8-43). La mortalidad intrauci fue del 48,5% (48).

Terapia:

Los pacientes recibieron en su totalidad como terapia tipo la hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC). Catorce pacientes fueron sometidos a más de una terapia durante su estancia. El tipo de catéter utilizado fue un Shaldon de 13 FR en el 84,8% (84) de los pacientes con una longitud de 25 cm en el 49,5% (49) de los pacientes. El acceso vascular utilizado se puede ver en el gráfico 3. La mediana de duración de la terapia fue de 60,5 horas RIC (38-107). Ningún paciente recibió anticoagulación sistémica con heparina no fraccionada durante la terapia.

Resultados de laboratorio:

El 90,9% (90) presentaba alteraciones electrolíticas previas al inicio de la terapia. La mediana de creatinina de la cohorte se situó en 2,7 mg/dl RIC (1,5-3,5) y la de la urea en 93 mg/dl RIC (61-140). La media de hematocrito fue de 31%±6,1 y la mediana de plaquetas se situó en 180.000 miles/ μ l RIC (86.500-228.500). El tiempo medio de protrombina fue de 15,2±4,6 sg y la mediana de calcio de 7,2 mg/dl RIC (6,2-8).

Complicaciones mecánicas y metabólicas:

Un solo paciente presentó sangrado durante la terapia. En el 24,2% (24) de los pacientes se coaguló el filtro siendo este uno de los motivos de la retirada de la terapia. No se observó ningún caso de toxicidad al citrato. La complicación electrolítica más común fue la hipocalcemia en el 45,5% (45) de los pacientes seguido de la hipopotasemia 41,4% (41), la hiponatremia 36,4% (36) y la acidosis metabólica 30,3% (30), gráfico 4.

CONCLUSIONES

Las complicaciones mecánicas y metabólicas son comunes en nuestra cohorte de estudio. Debemos ser cautelosos y conscientes de su alta prevalencia centrándonos en la importancia clínica de estos eventos y sus posibles modificaciones para evitarlas. La mortalidad de los pacientes sometidos a TRRC sigue siendo alta como demuestra este estudio.

Resumen: La lesión renal aguda es una complicación común en pacientes críticos

Los objetivos planteados:

- Analizar la incidencia de eventos adversos mecánicos y metabólicos relacionados con la técnica de reemplazo renal continuo utilizando anticoagulante regional: citrato sódico.
- Evaluar la mortalidad de pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal continuo en nuestra unidad.

Las complicaciones mecánicas y metabólicas son comunes en nuestro estudio. Debemos ser cautelosos y conscientes de su alta prevalencia centrándonos en la importancia clínica de estos eventos y sus posibles modificaciones para evitarlas. La mortalidad de los pacientes sometidos a TRRC sigue siendo alta en este estudio.

Palabras Clave: Insuficiencia renal, Terapia de reemplazo renal, Citrato de sodio.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La lesión renal aguda (IRA) es una complicación común de los pacientes ingresados en UCI, con una alta morbimortalidad. La incidencia se sitúa entre un 5-7% de los pacientes ingresados en UCI. Para abordar esta complicación se requieren de terapias de reemplazo renal. El 70% de los pacientes con IRA recibe terapia de reemplazo renal continuo (TRRC). Una de las principales ventajas de las TRRC es que funcionan de forma lenta y continua, favoreciendo la estabilidad hemodinámica del paciente y permitiendo optimizar el manejo de líquidos y electrolitos. Las TRRC funcionan extrayendo sangre del paciente para depurarla haciéndola pasar por un filtro, una vez eliminadas las moléculas y agua que se desean, la sangre es retornada al enfermo.

Objetivos:

- Analizar la incidencia de eventos adversos mecánicos y metabólicos potencialmente relacionados con la técnica de reemplazo renal continuo utilizando como anticoagulante regional el citrato sódico.
- Evaluar la mortalidad de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal continuo en nuestra unidad.

Material y Métodos:

Tipo de estudio y ámbito: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en una UCI de 2º Nivel durante 3 años.

Población de estudio: Pacientes diagnosticados de IRA que recibieron tratamiento con TRRC. El principal criterio de inclusión fue recibir TRRC utilizando como anticoagulante del sistema el citrato sódico. Se excluyeron a los pacientes que recibieron terapias de reemplazo renal intermitentes y aquellos pacientes con TRRC en los que se utilizó la heparina sódica como anticoagulante.

VARIABLES: Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, diagnóstico), de gravedad (APACHE II y NEMS) y variables relacionadas con el tipo de catéter, terapia y eventos adversos mecánicos y metabólicos relacionados con la técnica.

Análisis de datos: Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney o T de Student en función de la normalidad de la variable. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: Se obtuvo autorización del CEIC para la realización del estudio. El trabajo se elaboró respetando la legalidad vigente nacional e internacional en relación con la protección de datos. El equipo garantizó siempre la confidencialidad de todos los datos recopilados en el estudio y el anonimato de los mismos.

Resultados:

Datos demográficos: Se analizaron 100 pacientes sometidos a TRRC con anticoagulación regional con citrato. Un 62,6% (62) fueron hombres, la edad media fue de $63 \pm 14,5$ años, rango (16-89). No hubo diferencias en la edad en función del sexo de los participantes, $p = 0,7$. El 64,4% (64) eran pacientes con patología médica. Las principales causas de lesión renal aguda fueron el shock séptico, seguido del shock hemorrágico y Covid 19. El pronóstico medido por el APACHE II se situó en $26,5 \pm 8,8$. No se observó diferencias en la gravedad entre hombres y mujeres, $p = 0,08$. Las cargas de trabajo fueron elevadas obteniendo una puntuación promedio en la escala NEMS de $40,5 \pm 9$ puntos. Tampoco hubo diferencias en las cargas de trabajo según el sexo de los participantes, $p = 0,2$. Un 93,9% (93) recibió drogas vasopresoras. La mediana de estancia en la UCI fue de 16 días RIC (8-43). La mortalidad intra-UCI fue del 48,5% (48).

Terapia: Los pacientes recibieron en su totalidad como terapia tipo la hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC). Catorce pacientes fueron sometidos a más de una terapia durante su estancia. El tipo de catéter utilizado fue un Shaldon de 13 FR en el 84,8% (84) de los pacientes con una longitud de 25 cm en el 49,5% (49) de los pacientes. El acceso vascular utilizado se puede ver en el gráfico 3. La mediana de duración de la terapia fue de 60,5 horas RIC (38-107). Ningún paciente recibió anticoagulación sistémica con heparina no fraccionada durante la terapia.

Resultados de laboratorio: El 90,9% (90) presentaba alteraciones electrolíticas previas al inicio de la terapia. La mediana de creatinina de la cohorte se situó en 2,7 mg/dl RIC (1,5-3,5) y la de la urea en 93 mg/dl RIC (61-140). La media de hematocrito fue de $31 \pm 6,1$ y la mediana de plaquetas se situó en 180.000 miles/ μ l RIC (86.500-228.500). El tiempo medio de protrombina fue de $15,2 \pm 4,6$ sg y la mediana de calcio de 7,2 mg/dl RIC (6,2-8).

Complicaciones mecánicas y metabólicas: Un solo paciente presentó sangrado durante la terapia. En el 24,2% (24) de los pacientes se coaguló el filtro siendo este uno de los motivos de la retirada de la terapia. No se observó ningún caso de toxicidad al citrato. La complicación electrolítica más común fue la hipocalcemia en el 45,5% (45) de los pacientes seguido de la hipopotasemia 41,4% (41), la hiponatremia 36,4% (36) y la acidosis metabólica 30,3% (30), gráfico 4.

Conclusiones:

Las complicaciones mecánicas y metabólicas son comunes en nuestra cohorte de estudio. Debemos ser cautelosos y conscientes de su alta prevalencia centrándonos en la importancia clínica de estos eventos y sus posibles modificaciones para evitarlas. La mortalidad de los pacientes sometidos a TRRC sigue siendo alta como demuestra este estudio.

Bibliografía

- 1.- Bibliografía 1: Guías SEN: Actuación en el fracaso renal agudo. Nefrología. Volumen 27. Suplemento 3. 2007
- 2.- Bibliografía 2. Romero García M, de la Cueva Ariza L, Delgado Hito P. Actualización en técnicas continuas de reemplazo renal. Enferm. Intensiva. 2013;24(3):113-119.
- 3.- Bibliografía 3 Fiaccadori E, Pistolesi V, Mariano F, Mancini E, Canepari G, Inguaggiato P, Pozzto M, Morabito S. Regional citrate anticoagulation for renal replacement therapies in patients with acute kidney injury: a position statement of the Work Group "Renal Replacement Therapies in Critically Ill Patients" of the Italian Society of Nephrology. J. Nephrol. 2015 Apr;28(2):151-64.

Capítulo 99

Evidencia del Método de Inducción en el Trabajo de Parto

*Campos Noblejas, Carmen
Núñez Prieto, Celia*

EVIDENCIA DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

AUTORES

Carmen Campos Noblejas
Celia Núñez Prieto

UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

Facultad de Enfermería - Ciudad Real

Introducción

La inducción del trabajo de parto se define como el uso de métodos artificiales que provocan el trabajo de parto después de la edad de viabilidad fetal y antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. En este trabajo se estudian los diferentes métodos de inducción al parto, los cuales pueden tener mayor o menor riesgo de tener algunas complicaciones tanto maternas como fetales, como cesáreas, alteración de la frecuencia cardíaca... etc. En este sentido es de gran interés estudiar los diferentes métodos y la prevalencia de complicaciones con cada uno de ellos.

Objetivo

Determinar el método de inducción al parto más seguro, entre las distintas técnicas estudiadas, mediante los inconvenientes y ventajas que presenta cada una.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Uptodate, Cochrane Library y PubMed. Los descriptores utilizados fueron: métodos de inducción, misoprostol, oxitocina, cesárea. Los criterios de inclusión fueron artículos en inglés y español, publicados en los últimos 6 años (2016-2022). Como criterio de exclusión se desearon aquellos trabajos donde no se podía acceder al texto completo y cuyo diseño fuera de tipo observacional.

Resultados

AUTOR	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	N	POBLACIÓN	RESULTADO			
					Riesgo de cesárea	Partos vaginales en 24 h	Hiperestimulación con cambios en la FCF	Puntuaciones de Apgar <7 en 5 minutos
Robbie S Kerr, et al	2021	RS	20 026	Gestantes con embarazo cronológicamente prolongado	Misoprostol oral da lugar a menos cesáreas que la oxitocina (RR 0,67; IC del 95%: 0,50 a 0,90; seis ensayos; 737 mujeres; evidencia de certeza moderada)	El misoprostol oral frente a la oxitocina intravenosa podría dar lugar a poca o ninguna diferencia en los partos vaginales en el transcurso de 24 horas (RR 1,12; IC del 95%: 0,95 a 1,33; tres ensayos; 466 mujeres; evidencia de certeza baja)	El efecto sobre la hiperestimulación con cambios en la frecuencia cardíaca fetal no está claro (RR 0,66; IC del 95%: 0,19 a 2,26; tres ensayos, 331 mujeres; evidencia de certeza muy baja).	RNE
Chen W, et al	2016	ECA	17 387	Gestantes con embarazo cronológicamente prolongado	El uso de misoprostol oral resultó en el riesgo más bajo de parto por cesárea. El catéter con globo puede ser un poco menos efectivo que el misoprostol oral en dosis bajas	El uso del misoprostol vaginal redujo el riesgo de fracaso para lograr un parto vaginal dentro de las 24 horas en comparación con el uso de un catéter con balón	El misoprostol aumentó el riesgo de hiperestimulación uterina con cambios adversos en la FCF en comparación con el uso de catéter con globo.	RNE
Marieke DT de Vaan, et al	2019	Met	22 373	Gestantes con embarazo cronológicamente prolongado	El balón frente al misoprostol oral probablemente aumenta levemente el riesgo de una cesárea (RR 1,17; IC del 95%: 1,04 a 1,32; 3178 mujeres; 7 estudios; evidencia moderada). El riesgo de cesárea disminuía con el uso de un balón cuando se compara con el uso de oxitocina (RR 0,68; IC del 95%: 0,56 a 0,83; 781 mujeres; 8 estudios)	Un catéter con globo probablemente aumenta el riesgo de un parto vaginal que no se logra dentro de las 24 horas (RR 1,28; IC del 95%: 1,13 a 1,46; 782 mujeres; 2 estudios, evidencia moderada)	No está claro si hay una diferencia entre el balón y el misoprostol en la hiperestimulación uterina con cambios en la FCF (RR 0,81; 95% IC 0,48 a 1,38; 2033 mujeres; 2 estudios). Se comparó también el uso de un balón (doble o simple) frente al uso de oxitocina. No se sabe con certeza si hubo cambios en la hiperestimulación uterina FCF (RR 0,20; IC del 95%: 0,01 a 4,11; 200 mujeres; 1 estudio)	No está claro si hay una diferencia entre el balón y el misoprostol en puntuaciones de Apgar <7 (RR 0,71; IC del 95%: 0,38 a 1,32; 2693 mujeres; 4 estudios). No se sabe con certeza si hay una diferencia en la puntuación de Apgar <7 en 5 minutos (RR 0,71; IC del 95%: 0,14 a 3,53; 300 mujeres; 2 estudios)

ECA: Ensayo controlado aleatorizado; Met: Metaanálisis; RS: Revisión sistemática
RNE: Resultado no estudiado; RR: Riesgo relativo; IC: Intervalo de confianza
FCF: Frecuencia cardíaca fetal

Conclusión:

Según los datos obtenidos la utilización del misoprostol es un método muy seguro para las madres, ya que supone un menor número de cesáreas comparado con el Balón y la oxitocina, y un mayor número de partos vaginales en menos de 24h que el balón. Sin embargo no se ha estudiado los efectos en la FCF ni la puntuación de Apgar. El uso de la oxitocina supone un mayor número de cesáreas, y no se han visto cambios significativos entre los otros métodos en relación al parto vaginal en 24 horas, en cambios en la FCF ni en la puntuación de Apgar. El uso del balón frente al uso del misoprostol tiene un peor resultado en partos vaginales en 24 horas y en cesáreas, pero tiene un mejor resultado en comparación con la oxitocina. Sin embargo no se obtuvieron datos significativos en la FCF y la puntuación de Apgar.

Resumen: La inducción del trabajo de parto, también denominada parto inducido, consiste en la estimulación de las contracciones uterinas durante el embarazo, antes de que comience el trabajo de parto por sí solo para lograr un parto vaginal.

El fin de esta revisión bibliográfica es evidenciar el mejor método de inducción que suponga menor riesgo para la madre y para el recién nacido, comparando los diferentes métodos y resultados, como el riesgo de cesáreas, parto vaginal en 24 horas, una hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardíaca fetal o una puntuación de Apgar <7 en 5 minutos.

Palabras Clave: Método de inducción, Oxitocina, Misoprostol

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La inducción del trabajo de parto se define como el uso de métodos artificiales que provocan el trabajo de parto, después de la edad de viabilidad fetal y antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. En este trabajo se estudian los diferentes métodos de inducción al parto, los cuales pueden tener mayor o menor riesgo de tener algunas complicaciones, tanto maternas como fetales, como cesáreas, alteración de la frecuencia cardíaca... etc. En este sentido es de gran interés estudiar los diferentes métodos y la prevalencia de complicaciones con cada uno de ellos.

Objetivos:

Determinar el método de inducción al parto más seguro, entre las distintas técnicas estudiadas, mediante los inconvenientes y ventajas que presenta cada una.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Uptodate, Cochrane Library y PubMed. Los descriptores utilizados fueron: métodos de inducción, misoprostol, oxitocina, cesárea. Los criterios de inclusión fueron artículos en inglés y español, publicados en los últimos 6 años (2016-2022). Como criterio de exclusión se desecharon aquellos trabajos donde no se podía acceder al texto completo y cuyo diseño fuera de tipo observacional.

Resultados:

Se recogieron un total de 6 artículos, de los cuales 3 eran metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas y 1 ensayo clínico. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron definitivamente 3 documentos.

Los resultados estudiados fueron: partos vaginales en el transcurso de 24 horas, riesgo de cesárea, frecuencia cardíaca fetal y puntuaciones de Apgar <7 en cinco minutos.

En una revisión sistemática se dejó recogido el uso del misoprostol oral frente a la oxitocina intravenosa, donde el misoprostol daba lugar a poca o ninguna diferencia en los partos vaginales en el transcurso de 24 horas (RR 1,12; IC del 95%: 0,95 a 1,33; tres ensayos; 466 mujeres; evidencia de certeza baja), pero es cierto que daba lugar a menos cesáreas (RR 0,67; IC del 95%: 0,50 a 0,90;

seis ensayos; 737 mujeres; evidencia de certeza moderada). El efecto sobre hiperestimulación con cambios en la FCF no estaba claro (RR 0,66; IC del 95%: 0,19 a 2,26; tres ensayos, 331 mujeres; evidencia de certeza muy baja).

En un metaanálisis del 2019 se comparó el uso de un balón frente al misoprostol oral. Se demostró que el uso de un catéter con globo aumentó el riesgo de fracaso de parto en 24 horas (RR 1,28; IC del 95%: 1,13 a 1,46; 782 mujeres, 2 estudios) y también puede aumentar el riesgo de cesárea (RR 1,17, IC del 95 %: 1,04 a 1,32; 3178 mujeres; 7 estudios; ambos evidencia de calidad moderada) en comparación con misoprostol oral. No está claro si hay una diferencia en la hiperestimulación uterina con cambios en la FCF (RR 0,81, 95 % IC 0,48 a 1,38; 2033 mujeres; 2 estudios), tampoco está claro una diferencia en las puntuaciones de Apgar <7 a los 5 minutos (RR 0,71, IC del 95 %: 0,38 a 1,32; 2693 mujeres; 4 estudios).

Se comparó también el uso de un balón (doble o simple) frente al uso de oxitocina. No se sabe con certeza si hubo cambios en la hiperestimulación uterina FCF (RR 0.20, 95% CI 0.01 to 4.11; 200 women; 1 study; Analysis 12.1). El riesgo de cesárea disminuía con el uso de un balón cuando se compara con el uso de oxitocina (RR 0.68, 95% CI 0.56 to 0.83; 781 women; 8 studies; Analysis 12.2). No se sabe con certeza si hay una diferencia en la puntuación de Apgar <7 en 5 minutos ((RR 0.71, 95% CI 0.14 to 3.53; 300 women; 2 studies; Analysis 12.10).

Conclusiones:

Según los datos obtenidos la utilización del misoprostol es un método muy seguro para las madres, ya que supone un menor número de cesáreas comparado con el Balón y la oxitocina, y un mayor número de partos vaginales en menos de 24h que el balón. Sin embargo, no se ha estudiado los efectos en la FCF ni la puntuación de Apgar.

El uso de la oxitocina supone un mayor número de cesáreas, y no se han visto cambios significativos entre los otros métodos en relación al parto vaginal en 24 horas, en cambios en la FCF ni en la puntuación de Apgar.

El uso del balón frente al uso del misoprostol tiene un peor resultado en partos vaginales en 24 horas y en cesáreas, pero tiene un mejor resultado en comparación con la oxitocina. Sin embargo, no se obtuvieron datos significativos en la FCF y la puntuación de Apgar.

Bibliografía

1.- Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. BJOG [Internet]. 2016;123(3):346–54.

2.- de Vaan MDT, ten Eikelder MLG, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KWM, Mol BWJ, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 10. Art. No.: CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.pub3.

3.- William Grobman, MD, (2022). Induction of labor: Techniques for preinduction cervical ripening. En: UpToDate, Charles J Lockwood, MD, MHCM, UpToDate, Ealtham, MA (accedido el 2 de mayo del 2022). https://www.uptodate.com/contents/induction-of-labor-techniques-for-preinduction-cervical-ripening?search=M%C3%A9todo%20de%20induccin%20al%20parto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Capítulo 100

Exanguinotransfusión: A Propósito de un Caso

*Mateos-Aparicio Sevilla, Esther
Rodríguez Ramos, Rocío
Sánchez-Camacho Lozano, Antonio
Ruiz Mateos-Aparicio, Ainoa*

EXANGUINOTRANSFUSIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: MATEOS-APARICIO SEVILLA, ESTHER; RODRIGUEZ RAMOS, ROCIO; SANCHEZ-CAMACHO LOZANO, ANTONIO; RUIZ MATEOS-APARICIO, AINOA
TRABAJADORES DEL HOSPITAL MANCHA CENTRO DE ALCAZAR DE SAN JUAN

INTRODUCCIÓN

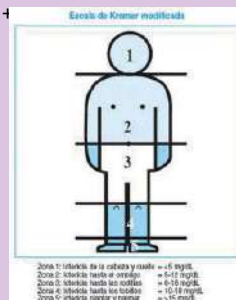
La ictericia neonatal se produce por un aumento de bilirrubina en sangre debido a diferentes causas como incompatibilidad de RH o ABO, enfermedad hepato biliar, causas fisiológicas, e enfermedades infecciosas... Si la hiperbilirrubinemia excede de determinados valores y sin el tratamiento oportuno, puede provocar daño neurológico irreversible en el recién nacido. Los tratamientos más empleados son la fototerapia, la exanguinotransfusión y el tratamiento farmacológico. La exanguinotransfusión es el intercambio de un volumen sanguíneo determinado, por sangre reconstituida (eritrocitos y plasma), en pequeñas fracciones, bajo estricta técnica estéril y control de los signos vitales.

OBSERVACIÓN

Varón de 7 días de vida que lleva un par de días más irritable y haciendo tomas de lactancia materna más cortas. Se observa piel con ictericia intensa y compromiso palmo plantar, con succión pobre e ineficaz, deshidratado, diuresis escasa, sin deposición en las últimas 48h, sin fiebre y eupnéico. Peso: 2,150kg Talla: 48cm. Resto de exploración normal.
 Antecedentes personales: Nacido de 37 semanas gestacionales, embarazo controlado, por parto vaginal en céflica sin complicaciones. Peso al nacer: 2,570kg, Talla: 48cm, Perímetro céfalico: 34cm, Apgar al nacer: 9, Grupo sanguíneo O Rh +, Coombs negativo. Fue dado de alta a las 48h con un peso de 2,430kg, con alimentación por lactancia materna exclusiva y sin ninguna patología perinatal
 Analítica: Bilirrubina total: 27,4mg/dl (ver Guía para el intercambio sanguíneo); Bilirrubina indirecta: 27mg/dl Hematocrito: 63%; Hemoglobina: 20,9g/l; Glucosa: 59mg/dl

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Ictericia neonatal	Adaptación del recién nacido	Fototerapia del neonato: -Observar signos de ictericia. -Aplicar gafas para cubrir los ojos. -Vigilar signos vitales. -Cambiar la posición del bebé cada tres horas. Exanguinotransfusión: -Administración de hemoderivados: 220ml de sangre fresca en intercambios de 10ml cada uno -Administración de medicación -Cuidados del catéter umbilical -Manejo de electrolitos -Monitorización de los signos vitales -Monitorización neurológica	Bilirrubina total al alta: 10.9mg/d Escala Kramer: -Al ingreso: +++++ -Al alta: +
Riesgo de retraso en el desarrollo	Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicocial al mes de edad	Cuidados del recién nacido: -Enseñanza: estimulación infantil -Monitorización neurológica -Monitorización nutricional -Fomentar la implicación familiar	Examen neurológico normal Constantes estables
Lactancia materna ineficaz	Mantenimiento de la lactancia materna	Ayuda en la lactancia materna: -Controlar la integridad de la piel de los pezones. -Proporcionar fórmulas suplementarias si fuera necesario. -Vigilar la capacidad del bebé para mamar. -Facilitar la comodidad y la intimidad al dar el pecho.	Realiza tomas cada 3h con succión eficaz Peso: 2,360gr (ganancia 280gr) Micciones normales y frecuentes Una deposición durante el ingreso
Déficit de volumen de líquidos	Equilibrio hídrico	Manejo de líquidos: -Administración de suero glucosado 5% -Pesar a diario y controlar la evolución. -Pesar pañales -Registro de la ingesta y eliminación. Monitorización de líquidos: -Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina. -Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio.	Piel hidratada y perfundida Aumento de peso corporal Constantes estable Valores analíticos normales Micciones normales y frecuentes



DISCUSIÓN

El conocimiento sobre el tema de la ictericia neonatal ha ido en aumento permitiendo un descenso de su incidencia. La mayor parte de este descenso se debe a la utilización profiláctica de la inmunoglobulina anti-D en casos de incompatibilidad de RH. La fototerapia es el tratamiento más empleado en la ictericia neonatal disminuyendo así la utilización de la exanguinotransfusión. La exanguinotransfusión es una técnica invasiva no exenta de complicaciones que debe emplearse de acuerdo a las recomendaciones actuales, con el fin, no solo de disminuir la concentración sérica de la bilirrubina sino de disminuir el riesgo de encefalopatía hiperbilirrubinémica.

CONCLUSIONES

Un número elevado de casos de ictericia neonatal corresponden al aumento de la lactancia materna, por el conocimiento del gran número de ventajas que aporta esta lactancia tanto al recién nacido como a la madre. La encefalopatía hiperbilirrubinémica ha sufrido un pequeño aumento debido a un alta hospitalaria prematura (<48h).

Resumen: Varón, 7 días de vida, con ictericia intensa palmoplantar. Peso: 2,150kg.

Antecedentes personales: Nacido a término, Peso al nacer: 2,570kg, Apgar: 9, Grupo sanguíneo O Rh+, Coombs negativo. Alta a las 48h con un peso de 2,430kg y alimentación por lactancia materna exclusiva.

Tras control analítico: Bilirrubina total: 27,4mg/dl.

Siguiendo las recomendaciones de la Guía para el recambio sanguíneo se realizó fototerapia y exanguinotransfusión de 220ml de sangre fresca en intercambios de 10ml.

Tras la intervención la bilirrubina total descendió hasta 10.9mg/d y se evitó la aparición de complicaciones graves como la encefalopatía hiperbilirrubinémica.

Palabras Clave: Ictericia, Neonato, Encefalopatía Hiperbilirrubinémica

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La ictericia neonatal se produce por un aumento de bilirrubina en sangre debido a diferentes causas como incompatibilidad de RH o ABO, enfermedad hepatobiliar, causas fisiológicas, enfermedades infecciosas... Si la hiperbilirrubinemia excede de determinados valores y sin el tratamiento oportuno, puede provocar daño neurológico irreversible en el recién nacido.

Los tratamientos más empleados son la fototerapia, la exanguinotransfusión y el tratamiento farmacológico.

La exanguinotransfusión es el recambio de un volumen sanguíneo determinado, por sangre reconstituida (eritrocitos y plasma), en pequeñas fracciones, bajo estricta técnica estéril y control de los signos vitales.

Observación Clínica:

Varón de 7 días de vida que lleva un par de días más irritable y haciendo tomas de lactancia materna más cortas. Se observa piel con ictericia intensa y compromiso palmoplantar, con succión pobre e ineficaz, deshidratado, diuresis escasa, sin deposición en las últimas 48h, sin fiebre y eupnéico. Peso: 2,150kg Talla: 48cm. Resto de exploración normal.

Antecedentes personales: Nacido de 37 semanas gestacionales, embarazo controlado, por parto vaginal en céfálica sin complicaciones. Peso al nacer: 2,570kg, Talla: 48cm, Perímetro cefálico: 34cm, Apgar al nacer: 9, Grupo sanguíneo O Rh +, Coombs negativo. Fue dado de alta a las 48h con un peso de 2,430kg, con alimentación por lactancia materna exclusiva y sin ninguna patología perinatal

Analítica: Bilirrubina total: 27,4mg/dl; Bilirrubina indirecta: 27mg/dl Hematocrito: 63%; Hemoglobina: 20,9g/l; Glucosa: 59mg/dl

Plan de cuidados enfermero:

Diagnóstico: Ictericia neonatal

Objetivo: Adaptación del recién nacido

Intervenciones:

-Fototerapia del neonato:

Observar signos de ictericia.

Aplicar gafas para cubrir los ojos.

Vigilar signos vitales.

Cambiar la posición del bebé cada tres horas.

-Exanguinotransfusión:

Administración de hemoderivados: 220ml de sangre fresca en intercambios de 10ml cada uno

Administración de medicación

Cuidados del catéter umbilical

Manejo de electrolitos

Monitorización de los signos vitales

Monitorización neurológica

Evaluación:

-Bilirrubina total al alta: 10.9mg/d

-Escala Kramer:

-Al ingreso: +++++

-Al alta: +

Diagnóstico: Riesgo de retraso en el desarrollo

Objetivo: Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial al mes de edad

Intervenciones:

-Cuidados del recién nacido:

Enseñanza: estimulación infantil

Monitorización neurológica

Monitorización nutricional

Fomentar la implicación familiar

Evaluación:

-Examen neurológico normal

-Constantes estables

Diagnóstico: Lactancia materna ineficaz

Objetivo: Mantenimiento de la lactancia materna

Intervenciones:

-Ayuda en la lactancia materna:

Controlar la integridad de la piel de los pezones.

Proporcionar fórmulas suplementarias si fuera necesario.

Vigilar la capacidad del bebé para mamar.

Facilitar la comodidad y la intimidad al dar el pecho.

Evaluación:

-Realiza tomas cada 3h con succión eficaz

-Peso: 2,360gr (ganancia 280gr)

-Micciones normales y frecuentes

-Una deposición durante el ingreso

Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos

Objetivo: Equilibrio hídrico

Intervenciones:

-Manejo de líquidos:

Administración de suero glucosado 5%

Pesar a diario y controlar la evolución.

Pesar pañales

Registro de la ingesta y eliminación.

-Monitorización de líquidos:

Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.

Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio.

Evaluación:

-Piel hidratada y perfundida

-Aumento de peso corporal

-Constantes estables

-Valores analíticos normales

-Micciones normales y frecuentes

Discusión:

El conocimiento sobre el tema de la ictericia neonatal ha ido en aumento permitiendo un descenso de su incidencia. La mayor parte de este descenso se debe a la utilización profiláctica de la inmunoglobulina anti-D en casos de incompatibilidad de RH.

La fototerapia es el tratamiento más empleado en la ictericia neonatal disminuyendo así la utilización de la exanguinotransfusión.

La exanguinotransfusión es una técnica invasiva no exenta de complicaciones que debe emplearse de acuerdo a las recomendaciones actuales, con el fin, no solo de disminuir la concentración sérica de la bilirrubina sino de disminuir el riesgo de encefalopatía hiperbilirrubinémica.

Conclusiones

Un número elevado de casos de ictericia neonatal corresponden al aumento de la lactancia materna, por el conocimiento del gran número de ventajas que aporta esta lactancia tanto al recién nacido como a la madre.

La encefalopatía hiperbilirrubinémica ha sufrido un pequeño aumento debido a un alta hospitalaria prematura (<48h).

Bibliografía

- 1.- Martínez JC. El real problema del recién nacido icterico. nuevas guías de la academia estadounidense de pediatría. Arch Argent Pediatr. 2005.
- 2.- Trikalinos Ta, Chung M, Lau J, Ip S. Systematic review of screening for bilirubin encephalopathy in neonates. Pediatrics. 2009
- 3.- Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. 2011
- 4.- Aguilar-Cordero MJ, Cruz-Domínguez I. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. cuidados pediátricos. in: Aguilar-Cordero MJ, Editor. Hiperbilirrubinemia del recién nacido enfermedad hemolítica. Barcelona: Elsevier; 2012.
- 5.- Bhutani VK, Donn SM, Johnson IH. Risk management of severe neonatal hyperbilirubinemia to prevent kernicterus. Clin Perinatol. 2005.

Capítulo 101

Fenómeno de Raynaud: Etiología y Manejo

*Fernández Camacho, Cristina
Tabasco Ceca, Milagros
Muñoz Naranjo, Cristina*

FENÓMENO DE RAYNAUD: ETIOLOGÍA Y MANEJO.

Autora: Fernández Camacho, C.
Coautoras: Tabasco Ceca, M. Muñoz Naranjo, C.

INTRODUCCIÓN:

El fenómeno de Raynaud es una afección en la cual espasmos vasculares bloquean el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz manifestándose con cianosis o palidez con posterior hiperemia por reperfusión.

Se puede presentar de forma aislada y sin asociarse a ninguna enfermedad (enfermedad de Raynaud) o secundario a otra enfermedad (síndrome de Raynaud).

Las causas más comunes del síndrome de Raynaud son :

- Enfermedades en arterias
- Afecciones autoinmunitarias
- Fármacos que causan estrechamiento de las arterias.
- Artritis reumatoide, esclerodermia, síndrome de Sjogren, lupus eritematoso.
- Tabaquismo

Cuando se produce sin otra enfermedad, medicamento o causa se denomina fenómeno de Raynaud y se observa sobre todo en personas menores de 30 años.

La enfermedad afecta a ambas manos, mientras el síndrome afecta solo a una.

RESULTADOS:

El fenómeno de Raynaud es una alteración del flujo circulatorio a dedos de manos, pies u otras zonas del cuerpo debido a una vasoconstricción. Dicha alteración, la podemos clasificar como primaria, no estando asociada a ninguna patología de base (Enfermedad de Raynaud), o secundaria, donde la presencia de una enfermedad es la responsable de los síntomas (Síndrome de Raynaud)

Se suele manifestar pasando por varias fases: La fase de isquemia (blanco). La fase de cianosis (azul) y la fase de rubor (rojo), apareciendo complicaciones en los casos de Raynaud secundario. Las Manifestaciones Clínicas o los síntomas más frecuentes asociados al fenómeno de Raynaud son:

-Cambios en la coloración de la piel: Puede variar e ir pasando del blanco (isquemia), al azul (cianosis) y al rojo (hiperemia por vasodilatación refleja). Tienen que producirse al menos dos, de los tres cambios de coloración en el orden expuesto y siempre tiene que existir la fase de isquemia, con duración de unos 15-20 minutos por suceso.

-Disestesias, parestesias o dolor: Asociado a los cambios de coloración de la piel y en especial a la fase hiperémica
-En fenómenos de Raynaud secundarios pueden aparecer úlceras en la piel, pérdida de estructuras en la parte distal de los dedos y otras alteraciones de las estructuras cutáneas y del tejido conectivo.

El diagnóstico es principalmente clínico, ayudándose de pruebas complementarias como analíticas y capilaroscopia.

El objetivo principal del abordaje del paciente con esta patología es evitar la vasoconstricción y promover la vasodilatación. En el fenómeno de Raynaud primario las medidas a tomar comienzan con un abordaje psicoterapéutico y educativo. Se debe de trabajar en el control del estrés y la ansiedad, y se debe proporcionar información sobre cómo prevenir la aparición (evitando el frío y los cambios de temperatura bruscos, evitar el tabaco, los traumatismos en manos y dedos y el uso de fármacos simpaticomiméticos). En caso de que no se consiga controlar las manifestaciones con estas medidas, se deberán instaurar medidas farmacológicas. Los bloqueadores de los canales de calcio son los fármacos de primera elección, pudiendo también emplearse los antagonistas del receptor de angiotensina II, al igual que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

BIBLIOGRAFÍA:

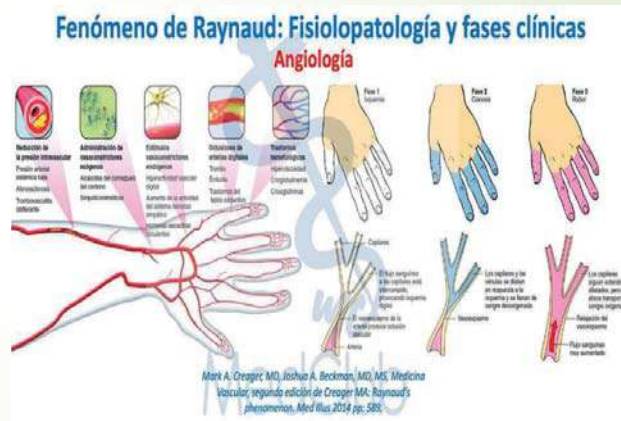
- Joven BE, Carreira PE. Síndrome de Raynaud: etiología y manejo. Reumatol Clin [Internet]. 2008 [citado el 4 de abril de 2022];4(2):59-66. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es/sindrome-raynaud-etilogia-manejo-articulo-S1699236X08718011>
- Belch J, Carlizza A, Carpentier PH, Constans J, Khan F, Wautrecht J-C, et al. ESMV guidelines – the diagnosis and management of Raynaud's phenomenon. Vasa [Internet]. 2017 [citado el 4 de abril de 2022];46(6):413-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28893588/>
- Wigley FM. Raynaud's Phenomenon. N Engl J Med [Internet]. 2002;347(13):1001-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp13013>
- Haque A, Hughes M. Raynaud's phenomenon. Clin Med [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2022];20(6):680-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2020-0754>
- Musa R, Qurie A. Raynaud Disease. StatPearls Publishing; 2021.

OBJETIVOS:

- Conocer que es el fenómeno de Raynaud.
- Identificar signos y síntomas de dicho fenómeno.
- Diferenciar síndrome de Raynaud de la enfermedad de Raynaud.
- Conocer formas de diagnóstico y tratamiento.
- Identificar complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Búsqueda bibliográfica con artículos, estudios y publicaciones en revistas y libros de carácter nacional e internacional sin criterio específico de tiempo en años pero centrándose en los últimos estudios y actualizaciones. Para la realización de la búsqueda y la elección de artículos se accedió tanto a resúmenes como a textos completos cuando esta opción estuvo disponible. Para ello se han usado como bases de datos: PUBMED, SCIELO, COCHRANE y SCHOLAR GOOGLE. En la búsqueda en cada una de estas bases de datos se ha incluido como palabras clave: "Síndrome de Raynaud" "Fenómeno Raynaud" "Enfermedad de Raynaud".



CONCLUSIONES:

El fenómeno de Raynaud es una afección en la cual espasmos vasculares bloquean el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz manifestándose con cianosis o palidez con posterior hiperemia por reperfusión. Se clasifica en enfermedad de Raynaud cuando se presenta aislado o en síndrome de Raynaud cuando es producido por otra enfermedad.

Para su diagnóstico es suficiente con una adecuada anamnesis y exploración físicas, no son necesarias pruebas complementarias.

Respecto al tratamiento, no hay un protocolo establecido a nivel universal.

Aunque se han realizado muchos estudios, la mayoría no presentan una adecuada evidencia científica. Las medidas generales como evitar el frío, mantener una temperatura corporal adecuada, técnicas de relajación, etc, parecen ser suficientes para muchos pacientes evitándose el tratamiento farmacológico.

Respecto a este, estudios han establecido los vasodilatadores como tratamiento farmacológico de primera elección, siendo los antagonistas del calcio los que mayor eficacia ha sido demostrada en estudios.

Resumen: El fenómeno de Raynaud es una afección en la cual espasmos vasculares bloquean el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz manifestándose con cianosis o palidez con posterior hiperemia por reperfusión. Se clasifica en enfermedad de Raynaud cuando se presenta aislado o en síndrome de Raynaud cuando es producido por otra enfermedad. Para su diagnóstico es suficiente con una adecuada anamnesis y exploración físicas.

Respecto al tratamiento las medidas generales como evitar el frío, mantener una temperatura corporal adecuada, técnicas de relajación, etc, parecen ser suficientes para muchos pacientes.

Palabras Clave: Síndrome de Raynaud, Fenómeno Raynaud, Enfermedad de Raynaud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El fenómeno de Raynaud es una afección en la cual espasmos vasculares bloquean el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz manifestándose con cianosis o palidez con posterior hiperemia por reperfusión.

Se puede presentar de forma aislada y sin asociarse a ninguna enfermedad (enfermedad de Raynaud) o secundario a otra enfermedad (síndrome de Raynaud).

Las causas más comunes del síndrome de Raynaud son:

- Enfermedades en arterias.
- Afecciones autoinmunitarias.
- Fármacos que causan estrechamiento de las arterias.
- Artritis reumatoide, esclerodermia, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso.
- Tabaquismo.

Cuando se produce sin otra enfermedad, medicamento o causa se denomina fenómeno de Raynaud y se observa sobre todo en personas menores de 30 años.

La enfermedad afecta a ambas manos, mientras el síndrome afecta solo a una.

Objetivos:

- Conocer que es el fenómeno de Raynaud.
- Identificar signos y síntomas de dicho fenómeno.
- Diferenciar síndrome de Raynaud de la enfermedad de Raynaud.
- Conocer formas de diagnóstico y tratamiento.
- Identificar complicaciones.

Material y Métodos:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con artículos, estudios y publicaciones en revistas y libros de carácter nacional e internacional sin criterio específico de tiempo en años pero centrándose en los últimos estudios y actualizaciones. Para la realización de la búsqueda y la elección de artículos se accedió tanto a resúmenes como a textos completos cuando esta opción estuvo disponible. Para ello se han usado como bases de datos: PUBMED, SCIELO, COCHRANE y SCHOLAR GOOGLE. En la búsqueda en cada una de estas bases de datos se ha incluido como palabras clave: "Síndrome de Raynaud" "Fenómeno Raynaud" "Enfermedad de Raynaud".

Resultados:

El fenómeno de Raynaud es una alteración del flujo circulatorio a dedos de manos, pies u otras zonas del cuerpo debido a una vasoconstricción. Dicha alteración, la podemos clasificar como primaria, no estando asociada a ninguna patología de base (Enfermedad de Raynaud), o secundaria, donde la presencia de una enfermedad es la responsable de los síntomas (Síndrome de Raynaud)

Se suele manifestar pasando por varias fases: La fase de isquemia (blanco). La fase de cianosis (azul) y la fase de rubor (rojo), apareciendo complicaciones en los casos de Raynaud secundario. Las Manifestaciones Clínicas o los síntomas más frecuentes asociados al fenómeno de Raynaud son:

- Cambios en la coloración de la piel: Puede variar e ir pasando del blanco (isquemia), al azul (cianosis) y al rojo (hiperemia por vasodilatación refleja). Tienen que producirse al menos dos, de los tres cambios de coloración en el orden expuesto y siempre tiene que existir la fase de isquemia, con duración de unos 15-20 minutos por suceso.

- Disestesias, parestesias o dolor: Asociado a los cambios de coloración de la piel y en especial a la fase hiperémica

- En fenómenos de Raynaud secundarios pueden aparecer úlceras en la piel, pérdida de estructuras en la parte distal de los dedos y otras alteraciones de las estructuras cutáneas y del tejido conectivo.

El diagnóstico es principalmente clínico, ayudándose de pruebas complementarias como analíticas y capilaroscopia.

El objetivo principal del abordaje del paciente con esta patología es evitar la vasoconstricción y promover la vasodilatación. En el fenómeno de Raynaud primario las medidas a tomar comienzan con un abordaje psicoterapéutico y educativo. Se debe de trabajar en el control del estrés y la ansiedad, y se debe proporcionar información sobre cómo prevenir la aparición (evitando el frío y los cambios de temperatura bruscos, evitar el tabaco, los traumatismos en manos y dedos y el uso de fármacos simpaticomiméticos). En caso de que no se consiga controlar las manifestaciones con estas medidas, se deberán instaurar medidas farmacológicas. Los bloqueadores de los canales de calcio son los fármacos de primera elección, pudiendo también emplearse los antagonistas del receptor de angiotensina II, al igual que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Conclusiones:

El fenómeno de Raynaud es una afección en la cual espasmos vasculares bloquean el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz manifestándose con cianosis o

palidez con posterior hiperemia por reperfusión. Se clasifica en enfermedad de Raynaud cuando se presenta aislado o en síndrome de Raynaud cuando es producido por otra enfermedad.

Para su diagnóstico es suficiente con una adecuada anamnesis y exploración físicas, no son necesarias pruebas complementarias.

Respecto al tratamiento, no hay un protocolo establecido a nivel universal. Aunque se han realizado muchos estudios, la mayoría no presentan una adecuada evidencia científica. Las medidas generales como evitar el frío, mantener una temperatura corporal adecuada, técnicas de relajación, etc, parecen ser suficientes para muchos pacientes evitándose el tratamiento farmacológico.

Respecto a este, estudios han establecido los vasodilatadores como tratamiento farmacológico de primera elección, siendo los antagonistas del calcio los que mayor eficacia ha sido demostrada en estudios.

Bibliografía

1.- Joven BE, Carreira PE. Síndrome de Raynaud: etiología y manejo. Reumatol Clin [Internet]. 2008 [citado el 6 de abril de 2022];4(2):59–66. Disponible en: <https://www.reumatologiainclinica.org/es-sindrome-raynaud-etilogia-manejo-articulo-S1699258X08718011>

2.- Belch J, Carlizza A, Carpentier PH, Constans J, Khan F, Wautrecht J-C, et al. ESVM guidelines – the diagnosis and management of Raynaud’s phenomenon. Vasa [Internet]. 2017 [citado el 6 de abril de 2022];46(6):413–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28895508/>

3.- Wigley FM. Raynaud’s Phenomenon. N Engl J Med [Internet]. 2002;347(13):1001–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmcp013013>

4.- Haque A, Hughes M. Raynaud’s phenomenon. Clin Med [Internet]. 2020 [citado el 6 de abril de 2022];20(6):580–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2020-0754>

5.- Musa R, Qurie A. Raynaud Disease. StatPearls Publishing; 2021.

Capítulo 102

Fisioterapia en Espina Bífida

*Lozano Jiménez, Sandra
Palencia Guerrero, María Teresa
Arcas Domínguez, Sandra*

INTRODUCCIÓN

Niño de 5 años y 5 meses con dx de: **espina bífida lumbosacra (L5-S1)**

Parto (Noviembre-2016) a las 39 semanas de gestación (controles clínicos, analíticos y ecográficos normales), de inicio espontáneo, amniorraxis artificial menor de 24 horas, presentación de líquido amniótico claro, no instrumentado, vaginal eutócico y placenta normal; pesando 3370gr y Apgar 9/9.

Ingresa en el HGU de Alicante tras diagnóstico de: mielomeningocele lumbosacra y una probable malformación de Arnold-Chiari.

Exploración a su ingreso: Buen estado general y perfusión periférica. Tumoración sacra de 5x5x3, cubierta de piel, solución de continuidad a nivel apical, quedando al descubierto tejido nervioso y LCR. FA 4x4 normotensa. Tono muscular y reflejos primarios normales. Reflejo de moro simétrico y buena succión. En MMII: flexo-extensión de rodilla y flexión dorsal de tobillo normales, pero no una flexión plantar clara, ni flexión de los dedos del pie. Reflejo rotuliano presente, pero no así el reflejo Aquileo y Anal. Sensibilidad al dolor presente en la pierna y ligeramente en la planta del pie. Riñón derecho con ligera disminución de tamaño, así como RI algo disminuidos de tamaño con ectasia grado I. Dilatación de ambos ventrículos laterales. Cuarto ventrículo muy bajo.

1ª IQ: Cierre de mielomeningocele, sin incidencias.

2ª IQ: Apertura dural e inserción de catéter ventricular, obteniendo LCR a moderada presión. Conexión a sistema de derivación, comprobando correcto funcionamiento e inserción en cavidad peritoneal.

Ttº previo: Comenzó ttº de fisioterapia en Marzo de 2017, dando el alta en Septiembre de 2018. La progresión en la consecución de los objetivos planteados fue satisfactoria. A destacar:

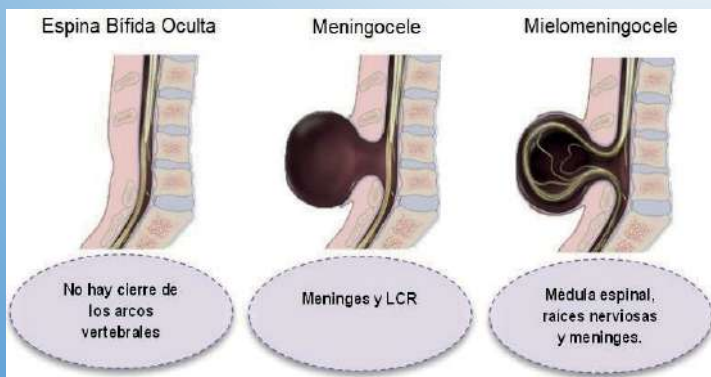
- De forma continua y nocturna, uso de doble pañal, para corrección de pequeña subluxación a nivel de caderas, presente desde el nacimiento.
- En Mayo de 2018, inició la marcha con férulas antiequino para corregir el talo presente en ambos pies y con la ayuda de un andador le permitió deambular con mayor autonomía.
- En Junio de 2018, férula nocturna. Los primeros pasos sin ayuda manual fueron en agosto de 2018, cuando su desplazamiento independiente alcanzó su plenitud.
- Los diversos cambios posturales, escaleras, rampas, triciclo... se superaron y aprendieron de forma adecuada.
- Correcta alineación de cintura pélvica y escapular, así como rectitud de tronco. A nivel de pie izquierdo existe cierta rotación interna, acentuada en BPD, que le crea inestabilidad. Aun así, equilibrio correcto.
- La coordinación se trabajó con ejercicios psicomotores.

En abril de 2022, el niño recibe tratamiento de fisioterapia dos días a la semana, así como sesiones de hidroterapia otras tres veces a la semana.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

La espina bífida es una malformación congénita que consiste en un fallo en el cierre del tubo neural durante el periodo embrionario. Aunque se conoce desde hace muchos años, su causa sigue siendo desconocida. Durante la gestación, la espina bífida puede ser detectada por los niveles de alfafetoproteína. Los niveles alto de alfafetoproteína a las 15-20 semanas de gestación pueden indicar defectos en la médula espinal, pero también otros defectos congénitos, muerte fetal, encefalocele u otras complicaciones, o la presencia de gemelos. Por tanto, es esencial que el diagnóstico de la espina bífida, a través de los niveles de alfafetoproteína, esté siempre confirmado con un examen de ultrasonidos. La administración de ácido fólico se ha visto que puede prevenir del 50 al 70% de los defectos del tubo neural.

Clasificación:



Complicaciones y alteraciones secundarias: hidrocefalia, déficits cognitivos y problemas de percepción visual, problemas genitourinarios y problemas en la motricidad manual.

PLAN DE CUIDADOS

Valoración:

Se ha valorado pasando dos escalas diferentes: Inventario de Desarrollo Battelle y protocolo de valoración musculoesquelética, obteniendo los siguientes resultados:

- Al tener lesión nerviosa en L5-S1, ésta solo repercute a nivel de los MMII, por lo que a nivel motor fino los valores obtenidos son normales y no hay alteración.
- Centro de gravedad posteriorizado, provocando inestabilidad y desequilibrio, así como falta de coordinación.
- Al haber falta de sensibilidad, hay afectación en la parte anterior del pie, así como atrofia del tríceps sural.
- El niño camina sobre los talones, lo que provoca alteraciones musculoesqueléticas, tales como el calcáneo posteriorizado y aplastado, así como los dedos en garra y el valgo patológico de rodilla.
- Buen nivel cognitivo.
- Edad motriz: 3 o 4 años.

Diagnóstico fisioterápico:

- Falta de equilibrio y coordinación.
- Falta de movilidad o limitación de movimientos a nivel distal de los miembros inferiores. Atrofia y debilidad en MMII.
- Deformidades musculoesqueléticas: actitud escoliótica, deformidad en el talón, dedos en garra.

Objetivos de tratamiento:

- Reeducar la marcha.
- Mejorar el equilibrio y la coordinación.
- Evitar rigideces y deformidades musculoesqueléticas, así como la atrofia de la musculatura de los miembros inferiores.
- Trabajar la propiocepción, así como evitar la pérdida de sensibilidad en la parte distal de los miembros inferiores.
- Alcanzar la edad motora equivalente a sus iguales.

Tratamiento:

La recuperación del paciente se basa en la fisioterapia por lo que se deben adoptar una serie de medidas destinadas a mejorar la funcionalidad del paciente. En cada sesión de tratamiento se han de conseguir los objetivos marcados por ese día y observar los cambios que se han producido en el paciente desde que entró en la sala de fisioterapia hasta que acabó el tratamiento.

Secuencia lógica de una sesión de fisioterapia:

- Se trabajará la marcha y se reeducará, a la vez que se trabaja el equilibrio.
- Se podrá trabajar las reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- Trabajar la propiocepción del pie, así como el equilibrio y la coordinación.
- Reeducar su centro de gravedad.
- Trabajar musculatura de MMII. A la vez que se trabaja la musculatura, se realizará un ejercicio para mejorar la motricidad fina, el equilibrio y la coordinación.
- Para estimular la musculatura intrínseca del pie se indicará al niño que realice ejercicios de ir agarrando poco a poco un trapo con los dedos de los pies, así como ir doblando trocitos de papel.
- Trabajar con escaleras, indicando al niño que las suba y las baje, alternando los pies.
- Intentar que mejore el salto.
- Al final de cada sesión se podrá relajar la musculatura del pie mediante un masaje, realizando pasadas que mejoren la irrigación de la zona.

Tratamiento complementario:

El tratamiento se puede complementar con sesiones de hidroterapia, en las cuales se realizarán: ejercicios de coordinación y equilibrio. Se irá con el niño nadando en diferentes posiciones. También se podrán realizar ejercicios y juegos en el agua, y facilitar así que pueda realizar movimientos e hitos motores que no puede hacer por la fuerza que ejerce la gravedad, como puede ser saltar.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

En este trabajo tratamos de plasmar como ha de ser la valoración y tratamiento de un paciente con espina bífida, demostrando que es necesario que tanto los objetivos a conseguir, como el diseño de las sesiones de fisioterapia, sean individualizadas y personalizadas.

Se ha de resaltar el hecho de que la intervención se ha de hacer con un equipo interdisciplinar, asegurándonos de que todos los miembros del mismo, trabajen con unos objetivos comunes, en función del resultado de la valoración.

El papel de la familia es fundamental en este tipo de casos, ya que el niño pasa la mayoría del tiempo en su entorno y éste ha de facilitar la consecución de los objetivos marcados.

Resumen: En este trabajo tratamos de plasmar como ha de ser la valoración y tratamiento de un paciente con espina bífida, demostrando que es necesario que tanto los objetivos a conseguir, como el diseño de las sesiones de fisioterapia, sean individualizadas y personalizadas.

Hay que resaltar el hecho de que la intervención se ha de hacer con un equipo interdisciplinar, asegurándonos de que todos trabajen con unos objetivos comunes.

El papel de la familia es fundamental, ya que el niño pasa la mayoría del tiempo en su entorno y éste ha de facilitar la consecución de los objetivos.

Palabras Clave: Spina Bífida, Physical Therapy, Rehabilitation

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

E Niño de 5 años y 5 meses con diagnóstico de espina bífida lumbosacra (L5-S1)

Parto a las 39 semanas de gestación, inicio espontáneo, amniorrexia artificial menor de 24 horas, presentación de líquido amniótico claro, no instrumentado, vaginal eutócico y placenta normal; pesando 3370gr y Apgar 9/9.

Ingresa en el Hospital General Universitario de Alicante tras diagnóstico de: mielomeningocele lumbosacro y probable malformación de Arnold-Chiari.

Exploración: Buen estado general y perfusión periférica. Tumorción sacra de 5x5x3, cubierta de piel, solución de continuidad a nivel apical, quedando al descubierto tejido nervioso y LCR. Tono muscular y reflejos primarios normales. Reflejo de moro simétrico y buena succión. En MMII: flexo-extensión de rodilla y flexión dorsal de tobillo normales, pero no flexión plantar clara, ni flexión de los dedos del pie. Reflejo rotuliano presente, pero no así el reflejo Aquileo y Anal. Sensibilidad al dolor presente en la pierna y ligeramente en la planta del pie. Riñón derecho con ligera disminución de tamaño, así como RI algo disminuidos de tamaño con ectasia grado I. Dilatación de ambos ventrículos laterales. Cuarto ventrículo muy bajo.

1ª IQ: Cierre de mielomeningocele.

2ª IQ: Apertura dural e inserción de catéter ventricular, obteniendo LCR a moderada presión. Conexión a sistema de derivación, comprobando correcto funcionamiento e inserción en cavidad peritoneal.

Ttº previo: Comenzó tratamiento de fisioterapia en marzo de 2017, dando el alta en Septiembre de 2018. La progresión en la consecución de los objetivos fue satisfactoria.

Observación Clínica:

La espina bífida es una malformación congénita que consiste en un fallo en el cierre del tubo neural durante el periodo embrionario.

Clasificación:

Normalmente se suelen distinguir dos tipos de espina bífida:

- Espina bífida oculta. Es la malformación más benigna. Se trata de un fracaso en la fusión de uno o de varios arcos vertebrales posteriores sin alteración en las meninges, en la médula espinal ni en las raíces nerviosas.

- Espina bífida quística. Se engloban en ella todas aquellas anomalías con defectos del cierre del tubo neural. Puede herniar las meninges, el neuroeje o ambos. Se pueden distinguir:

o Meningocele. En la cavidad quística se encuentra líquido cefalorraquídeo y meninges. La médula espinal y las raíces nerviosas están alojadas en el canal raquídeo, y las alteraciones neurológicas y la sintomatología son mínimas. La localización más frecuente es en la zona lumbosacra posterior.

o Mielomeningocele. Constituye una de las formas más graves. En la cavidad quística se encuentra médula, raíces nerviosas, meninges y líquido cefalorraquídeo. Esta malformación es la más frecuente. Generalmente se asienta a nivel lumbar o lumbosacro. Problemas neurológicos ligados a las anomalías medulares y radicales.

o Lipomeningocele. La cavidad quística está llena de un tejido lipomatoso, el cual penetra en el conducto medular, produciendo una compresión de la médula espinal con la consiguiente afectación neurológica.

Complicaciones y alteraciones secundarias: hidrocefalia, déficits cognitivos y problemas de percepción visual, problemas genitourinarios y problemas en la motricidad manual.

Plan de Cuidados:

Valoración:

Al niño se le ha valorado pasando dos escalas diferentes: Inventario de Desarrollo Battelle y protocolo de valoración musculoesquelética. Obteniendo los siguientes resultados:

- A nivel motor fino, los valores obtenidos son normales y no hay alteración.
- Centro de gravedad posteriorizado, provocando inestabilidad, desequilibrio y falta de coordinación.
- Al haber falta de sensibilidad, afectación en la parte anterior del pie, así como atrofia del tríceps.
- El niño camina sobre los talones, lo que provoca alteraciones musculoesqueléticas, tales como el calcáneo posteriorizado y aplastado, así como los dedos en garra y valgo patológico de rodilla.

- Buen nivel cognitivo.

- Edad motriz: 3 o 4 años.

Objetivos de tratamiento:

- Reeducar la marcha.

- Mejorar el equilibrio y la coordinación.

- Evitar rigideces y deformidades musculoesqueléticas, así como la atrofia de la musculatura.
- Trabajar propiocepción, evitar la pérdida de sensibilidad en la parte distal de los miembros inferiores.
- Alcanzar la edad motora equivalente a sus iguales.

Tratamiento:

La recuperación del paciente se basa en la fisioterapia por lo que se deben adoptar una serie de medidas destinadas a mejorar la funcionalidad del paciente.

Secuencia lógica de una sesión de fisioterapia:

- Trabajo y reeducación de la marcha y el equilibrio.
- Trabajo de reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- Trabajar propiocepción del pie, así como el equilibrio y la coordinación.
- Reeducar centro de gravedad.
- Trabajar musculatura de MMII. A la vez, se realizará un ejercicio para mejorar la motricidad fina, el equilibrio y la coordinación.
- Estimular la musculatura intrínseca del pie.
- Trabajar con escaleras.
- Mejorar el salto.
- Al final de cada sesión se podrá relajar la musculatura del pie mediante un masaje, realizando pasadas que mejoren la irrigación de la zona.

Tratamiento complementario:

- Sesiones de hidroterapia.

Discusión-Conclusión:

En este trabajo tratamos de plasmar como ha de ser la valoración y tratamiento de un paciente con espina bífida, siendo necesario que tanto los objetivos, como el diseño de las sesiones de fisioterapia, sean individualizadas y personalizadas.

Resaltar el hecho de que la intervención se ha de hacer con un equipo interdisciplinar, asegurándonos objetivos comunes en función del resultado de la valoración.

El papel de la familia es fundamental.

Bibliografía

- 1.-Fisioterapia en pediatría. L. Macías Merlo, J. Fagoaga Mata. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
2. Espina bífida, síntomas y causas. Clínica Mayo. Espina bífida - Síntomas y causas - Mayo Clinic
3. Health Children: Espina bífida. Espina bífida - HealthyChildren.org

Capítulo 103

Fortalecimiento Del Suelo Pélvico como Tratamiento en el dolor Lumbar Inespecífico

*Martínez Iniesta, Pilar
Rangel Escibano, Juan*

FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO COMO TRATAMIENTO EN EL DOLOR LUMBOPÉLVICO

M^aPILAR MARTINEZ INIESTA

JUAN RANGEL ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN

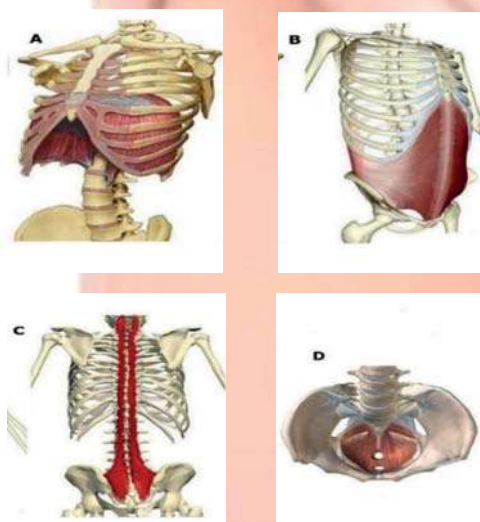
El dolor lumbopélvico inespecífico es una patología del aparato locomotor muy común, calculándose que entre el 60 y 80% de las personas lo sufren o lo sufrirán a lo largo de su vida, ocasionando altas tasas de discapacidad.

La cavidad abdominal es una cavidad barométrica limitada en la parte superior por el diafragma, lateralmente por la musculatura lumbar y abdominal, e inferiormente por la musculatura del suelo pélvico

En ocasiones se han señalado como factores causantes la mala gestión de la presión intraabdominal, la mecánica ventilatoria y la disfunción de la musculatura del suelo pélvico, en especial en la población femenina.

Se ha demostrado que aumenta la contracción de la musculatura estabilizadora al sumar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, reforzando la estabilidad lumbopélvica.

Debido a estos hallazgos, el uso de técnicas para la tonificación del suelo pélvico mejorando su funcionalidad, estaría justificado en los programas de ejercicios para el dolor lumbopélvico inespecífico.



Musculatura estabilizadora de la región lumbopélvica:
A) Diafragma B) Transverso del abdomen C) Multifidus
D) Suelo pélvico

OBJETIVO

Debido a la relación entre la patología lumbopélvica y la disfunción de la musculatura del suelo pélvico, esta revisión pretende conocer los efectos que tiene el fortalecimiento del suelo pélvico, sobre la intensidad del dolor y la discapacidad funcional en pacientes con dolor lumbopélvico inespecífico.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica. Para ello se emplearon las bases de datos Pubmed y Web of Science. Se seleccionaron aquellos ensayos clínicos controlados que incluían ejercicios de suelo pélvico en pacientes con dolor lumbopélvico crónico en los últimos 10 años.

RESULTADO

Se observan resultados favorables en la introducción del fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico en la discapacidad funcional dentro del dolor lumbopélvico inespecífico, pero no se obtiene una dirección clara del efecto en la introducción del fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico respecto al dolor.

No se pueden hacer diferencias entre sexos por falta de muestra masculina.

CONCLUSIÓN

Se obtuvieron resultados positivos en la disminución de la discapacidad funcional de los pacientes, pero no en el dolor. Esto nos lleva a pensar que se puede incluir el fortalecimiento del suelo pélvico en los programas de control motor para el dolor lumbopélvico inespecífico.

Pese a estos resultados, se debe seguir aumentando la investigación en este tema, ya que el número de estudios publicados es muy pequeño.

En estas investigaciones futuras se debe considerar la introducción del tratamiento del suelo pélvico en el dolor lumbopélvico, valorando tanto su trabajo y fortalecimiento aislado como su activación en el trabajo de control motor. Sería interesante valorar su influencia en ambos sexos, y comparar diferentes tipos de intervenciones y tiempos de tratamiento, para encontrar las intervenciones más efectivas.

Resumen: *En la mayoría de los casos, el origen del dolor lumbar no es claro debido a las diferentes estructuras que pueden intervenir. Un fallo en el control motor del sistema, provoca lesiones en las estructuras que lo conforman y adyacentes; pérdida de presión intraabdominal, que se relaciona con una hipotonía del suelo pélvico, puede ser parte de la causa. El objetivo es conocer la evidencia disponible entre el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico y el dolor lumbar inespecífico. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed Y Web off sciencie. Los resultados obtenidos son positivos en cuanto a la mejora de la discapacidad funcional,. no obstante se debe investigar más sobre la introducción del fortalecimiento del suelo pélvico como tratamiento en el dolor lumbopélvico inespecífico.*

Palabras Clave: - Fortalecimiento del suelo pélvico, Suelo pélvico, Dolor lumbar.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor lumbopélvico inespecífico es una patología del aparato locomotor muy común, calculándose que entre el 60 y 80% de las personas lo sufren o lo sufrirán a lo largo de su vida, ocasionando altas tasas de discapacidad.

En múltiples estudios se relaciona la pérdida del mantenimiento de la presión intraabdominal con la prevalencia de dolor lumbar. La cavidad abdominal es una cavidad barométrica limitada en la parte superior por el diafragma, lateralmente por la musculatura lumbar y abdominal, e inferiormente por la musculatura del suelo pélvico. Esta cavidad ha de mantener una presión constante para su correcto funcionamiento, con la sinergia de la musculatura diafragmática, abdominal y del suelo pélvico, con el fin de mantener la presión intraabdominal. El mantenimiento de la misma permite conservar la estabilidad lumbar, y mejorar la funcionalidad de la zona lumbopélvica.

En ocasiones se han señalado como factores causantes la mala gestión de la presión intraabdominal, la mecánica ventilatoria y la disfunción de la musculatura del suelo pélvico, en especial en la población femenina.

Se ha demostrado que aumenta la contracción de la musculatura estabilizadora al sumar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, reforzando la estabilidad lumbopélvica.

Debido a estos hallazgos, el uso de técnicas para la tonificación del suelo pélvico mejorando su funcionalidad, estaría justificado en los programas de ejercicios para el dolor lumbopélvico inespecífico.

Objetivo:

Debido a la relación entre la patología lumbopélvica y la disfunción de la musculatura del suelo pélvico, esta revisión pretende conocer los efectos que tiene el fortalecimiento del suelo pélvico, sobre la intensidad del dolor y la discapacidad funcional en pacientes con dolor lumbopélvico inespecífico.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica. Para ello se emplearon las bases de datos Pubmed y Web of Science. Se seleccionaron aquellos ensayos clínicos controlados que incluían ejercicios de suelo pélvico en pacientes con dolor lumbopélvico crónico en los últimos 10 años.

Se han utilizado los términos “suelo pélvico”, “Dolor lumbar inespecífico” y “fortalecimiento de suelo pélvico”. Sólo 5 artículos fueron seleccionados. Criterios de inclusión; publicación en el intervalo de 10 años, idioma español o inglés y exclusión; pertenecer a otro campo que no adecúe al tema, se encuentra en un idioma diferente al español o inglés, artículos no encontrados a texto completo.

Resultado:

Se observan resultados favorables en la introducción del fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico en la discapacidad funcional dentro del dolor lumbopélvico inespecífico, pero no se obtiene una dirección clara del efecto en la introducción del fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico respecto al dolor.

No se pueden hacer diferencias entre sexos por falta de muestra masculina.

Conclusión:

Se obtuvieron resultados positivos en la disminución de la discapacidad funcional de los pacientes, pero no en el dolor. Esto nos lleva a pensar que se puede incluir el fortalecimiento del suelo pélvico en los programas de control motor para el dolor lumbopélvico inespecífico.

Pese a estos resultados, se debe seguir aumentando la investigación en este tema, ya que el número de estudios publicados es muy pequeño.

En estas investigaciones futuras se debe considerar la introducción del tratamiento del suelo pélvico en el dolor lumbopélvico, valorando tanto su trabajo y fortalecimiento aislado como su activación en el trabajo de control motor. Sería interesante valorar su influencia en ambos sexos, y comparar diferentes tipos de intervenciones y tiempos de tratamiento, para encontrar las intervenciones más efectivas.

Bibliografía

- 1.- Beith ID, Kemp A, Kenyon J, Prout M, Chestnut TJ. Identifying neuropathic back and leg pain: a cross-sectional study. *Pain*. 2011; 152(7): 1511-6.
- 2.- Andersson GB. Epidemiological features of chronic lowback pain. *Lancet*. 1999; 354(9178): 581-5.
- 3.- Hodges PW, Eriksson AEM, Shirley D, Gandevia SC. Intraabdominal pressure increases stiffness of the lumbar spine. *J Biomech*. 2005; 38(9): 1873-80.
- 4.- Junginger B, Baessler K, Sapsford R, Hodges PW. Effect of abdominal and pelvic floor tasks on muscle activity, abdominal pressure and bladder neck. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010; 21(1): 69-77.

Capítulo 104

Fractura de cadera. Un problema de actualidad

*Martínez Garrido, Desireé
García Gallego, Marta
García Ramírez, Verónica.*

1. INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera se refiere a cualquier tipo de fractura que se produzca en la extremidad proximal del fémur, ya sea en la cabeza, cuello o trocánteres. Supone un problema de gran importancia en la sociedad actual, fundamentalmente en la población de edad avanzada, debido al incremento de su incidencia y sus repercusiones tanto a nivel social y económico como en la asistencia sanitaria.

2. OBJETIVOS

- Analizar y dar a conocer el problema de la fractura de cadera, su elevada incidencia en la sociedad actual y morbimortalidad.
- Fomentar los cuidados de enfermería en personas con fractura de cadera.

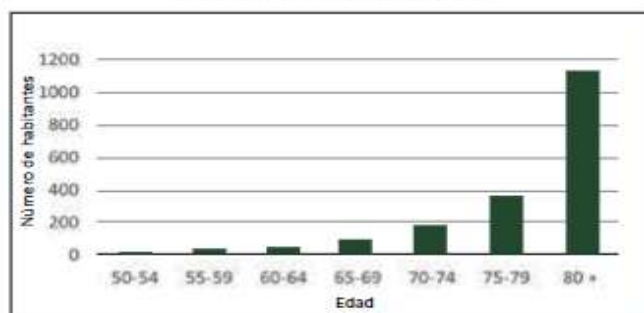
3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para conseguir los objetivos planteados, se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando artículos desde 2012 hasta la actualidad, en español y en inglés. Las bases de datos consultadas son: Google académico, Scielo, Dialnet, Pubmed.

4. RESULTADOS

- La incidencia global de la fractura de cadera en España en personas mayores de 65 años se encuentra entre 301 y 897/10⁵ habitantes.
- Según las estimaciones, se prevé que en el año 2050 el número de personas mayores de 60 años que sufran una fractura de cadera, alcanzarán los 2.000 millones.
- El riesgo de mortalidad aumenta entre 5-8 veces en pacientes con fractura de cadera, y se estima que aproximadamente el 50% de los pacientes no recuperan su independencia previa a la fractura.
- En España se producen aproximadamente 36.000 fracturas de cadera al año en personas de 65 años o más.
- Se estima que el coste diario de la estancia hospitalaria de un paciente con fractura de cadera es de 1000€.
- La atención a las personas con fractura de cadera debe tener un enfoque multidimensional e interdisciplinar tanto a nivel de la atención especializada como de la primaria.

Figura 1. Incidencia de fractura de cadera cada 100.000 habitantes



5. CONCLUSIONES

La fractura de cadera se ha convertido en un problema de salud pública, fundamentalmente en las personas mayores, con importantes repercusiones en todos los ámbitos de su vida y en la sociedad. A nivel sanitario, es un problema que requiere de una atención multidimensional y conlleva un importante gasto económico y de recursos.

6. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Gallardo P, Clavel O. Fractura de cadera y geriatría, una unión necesaria. REV. MED. CLIN. CONDES. 2020; 31(1) 42-49
- ✓ Etxebarria Foronda I, Mar J, Arrospeide A, Ruiz de Eguino J. 2013 MORTALIDAD Y COSTES ASOCIADOS A LA DEMORA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR FRACTURA DE CADERA. Rev Esp Salud Pública 2013; 87(6):639-649
- ✓ Fernández García M, Martínez J, Olmos J.M, González Macías J, Hernández J.L. Revisión de la incidencia de la fractura de cadera en España. Rev Osteoporos Metab Miner 2015;7(4):115-120
- ✓ Bartra A, et al. Coste de la fractura de cadera osteoporótica en España por comunidad autónoma. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2018.

Resumen: *Cualquier tipo de fractura en la extremidad proximal del fémur se denomina fractura de cadera. La fractura de cadera se ha convertido una patología ortopédica de gran importancia entre la población y fundamentalmente en las personas de edad avanzada, quienes ven aumentado el porcentaje de riesgo de morbimortalidad tras la fractura.*

Es uno de los problemas más habituales en la atención sanitaria tanto especializada como primaria, lo que supone un importante gasto económico para los servicios de salud.

Actualmente supone un problema de salud pública, debido a su alta incidencia, su impacto en la sociedad y sus repercusiones socioeconómicas.

Palabras Clave: *Fracturas de Cadera, Epidemiología, Prevención & control*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fractura de cadera es entendida como cualquier fractura que se produzca a nivel de la extremidad proximal del fémur, ya sea a nivel de la cabeza, cuello o trocánteres. El modelo de paciente más habitual, son personas de edad avanzada, lo cual hace de la fractura de cadera un problema muy relevante en la sociedad actual, donde el número de personas mayores cada vez es mayor.

La fractura de cadera se ha convertido en un problema de salud pública debido a la importante incidencia que presenta, así como sus repercusiones a nivel social y económico.

Objetivo:

Los objetivos establecidos para la realización del trabajo son: Analizar y dar a conocer el problema de la fractura de cadera, su elevada incidencia en la sociedad actual y morbimortalidad. Además de fomentar los cuidados de enfermería en personas con fractura de cadera.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica. Para ello se emplearon las bases de datos Pubmed y Web off Sciece. Se seleccionaron aquellos ensayos clínicos controlados que incluían ejercicios de suelo pélvico en pacientes con dolor lumbopélvico crónico en los últimos 10 años.

Se han utilizado los términos “suelo pélvico”, “Dolor lumbar inespecífico” y “fortalecimiento de suelo pélvico”. Sólo 5 artículos fueron seleccionados. Criterios de inclusión; publicación en el intervalo de 10 años, idioma español o inglés y exclusión; pertenecer a otro campo que no adecúe al tema, se encuentra en un idioma diferente al español o inglés, artículos no encontrados a texto completo.

Material y Métodos:

Con el objetivo de conseguir los objetivos que se han marcado para hacer este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando artículos desde 2012 hasta la actualidad, tanto

en español como en inglés. Las bases de datos consultadas son: Google académico, Scielo, Dialnet, Pubmed. Utilizando palabras clave como “Fractura de cadera”, “Epidemiología” o “Prevención & control”.

Resultados:

Tras la revisión bibliográfica, los resultados que se han extraído de los trabajos revisados son, que la fractura de cadera se ha convertido en una patología relevante en nuestra sociedad, fundamentalmente entre la población mayor, y supone un problema de salud pública, con una elevada tasa de incidencia y aumento de los costes asociados a ella.

La fractura de cadera es una patología muy asociada a la edad, de tal forma que podría decirse que su incidencia aumenta de forma paralela al aumento de la esperanza de vida de la población. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las personas mayores de 65 años se han duplicado en nuestro país en los últimos treinta años, en la actualidad suponen entorno a un 17% de la población, siendo un 25% de ellas mayores de 80 años. De tal forma que a la vez que ha crecido el número de personas mayores también lo ha hecho la incidencia de la fractura de cadera.

En España se producen aproximadamente 36.000 fracturas de cadera al año en personas de 65 años o más y la incidencia global de esta patología se encuentra entre 301 y 897/105 habitantes. Según las estimaciones realizadas en algunos trabajos, se prevé que en el año 2050 el número de personas mayores de 60 años que sufran una fractura de cadera, alcanzarán los 2.000 millones. Todos estos datos, no hacen otra cosa que confirmar la relevancia que tiene la fractura de cadera como problema de salud en nuestra sociedad.

Además, hay que tener en cuenta, que la fractura de cadera no es una patología que afecta meramente al ámbito ortopédico y/o traumatológico, si no que implica repercusiones a todos los niveles de la persona que la sufre, suponiendo un aumento importante del riesgo de morbilidad para la persona.

Cuando se produce una fractura de cadera, se estima que disminuye casi 2 años la esperanza de vida de la persona, aumentando entre 5-8 veces el riesgo de mortalidad. Además, 1 de cada 5 pacientes que sufren una fractura de cadera, necesitaran apoyo socio-sanitario de forma permanente tras ella, ya que se calcula que aproximadamente el 50% de los pacientes no recuperan su independencia previa a la fractura.

La fractura de cadera, es una patología que requiere de un tratamiento quirúrgico y por tanto de la hospitalización de los pacientes, teniendo en cuenta, como se ha comentado anteriormente, que no solo hay que atender a la fractura propiamente dicha, sino a todas las comorbilidades que de ella derivan. De tal manera, que se estima que el coste diario de la estancia hospitalaria de una persona con una fractura de cadera es aproximadamente de 1000€, aumentando hasta los 1.800€ por día, si se retrasa el tratamiento quirúrgico y aumentan las necesidades del paciente. Si esto lo multiplicamos por los varios días de ingreso que suelen tener estos pacientes, el coste económico que implica asciende a cifras muy elevadas.

Atendiendo a todo lo anteriormente expuesto, se debería realizar una atención multidimensional e interdisciplinar de las personas con fractura de cadera, tanto a nivel de la atención especializada como de la primaria, con el objetivo de cubrir las necesidades de la persona de forma global, intentado disminuir los gastos que implican dichos cuidados, ya que la fractura de cadera es un problema cada vez más relevante y el gasto es cada más mayor.

Conclusiones:

En la sociedad actual, la fractura de cadera se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que es una patología que afecta fundamentalmente a la población de edad avanzada y es, precisamente es población mayor, la que más está en aumento hoy en día y en el futuro.

A nivel sanitario, la fractura de cadera, se considera uno de los problemas que más atenciones requiere en los centros sanitarios, de tal forma que el coste económico que supone su atención es elevado. La atención sanitaria se debe realizar desde un enfoque multidimensional e interdisciplinar para satisfacer todas las necesidades que tenga la persona.

Bibliografía

- 1.- Gallardo P, Clavel O. Fractura de cadera y geriatría, una unión necesaria. REV. MED. CLIN. CONDES. 2020; 31(1) 42-49
- 2.- Etxebarria Foronda I, Mar J, Arrospide A, Ruiz de Eguino J. 2013 MORTALIDAD Y COSTES ASOCIADOS A LA DEMORA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR FRACTURA DE CADERA. Rev Esp Salud Pública 2013; 87(6):639-649
- 3.- Fernández García M, Martínez J, Olmos J.M, González Macías J, Hernández J.L. Revisión de la incidencia de la fractura de cadera en España. Rev Osteoporos Metab Miner 2015;7(4):115-120
- 4.- Bartra A, et al. Coste de la fractura de cadera osteoporótica en España por comunidad autónoma. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2018.

Capítulo 105

Funciones de la Enfermería dentro del Campo de la Reproducción Asistida

*Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen
Ruiz Sánchez de León, Fermín
Arroyo Martínez, Esther
González Segura, Ana*

FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA DENTRO DEL CAMPO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Ruiz Sánchez de León, IC
Ruiz Sánchez de León, F
Arroyo Martínez, E
González Segura, A

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es un problema de salud el cual va tomando importancia cada vez más en la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados con la reproducción y sexualidad del individuo en todas las etapas de su vida, asegurando una vida sexual satisfactoria y segura, así como la capacidad de tener hijos.

Según la OMS, la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductor que se caracteriza por la incapacidad de lograr una gestación clínica después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

Se estima que en España casi un 15% de las parejas en edad reproductiva tiene problemas para concebir un hijo.

Palabras clave: fecundidad, fertilidad, esterilidad, infertilidad, reproducción asistida

OBJETIVOS

-Conocer el método de reproducción asistida para aquellas personas que no pueden concebir de forma natural.

- Conocer el papel que desarrolla el personal de enfermería en las diferentes técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.

Buscadores utilizados: Google académico, SciELO, IBECS y Pubmed, principalmente.

Criterios de inclusión: artículos científicos publicados en revistas con carácter científico redactados entre los años 2015 y 2021 y con acceso libre a texto completo.

RESULTADOS

Las técnicas de reproducción asistida son un grupo de procesos donde se actúa directamente sobre los gametos masculinos y femeninos (espermatozoides y ovocitos) para conseguir facilitar la fecundación y la transferencia o el depósito de embriones en el útero. Las más empleadas actualmente son la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática (ICSI) y la donación de ovocitos.

El papel de la enfermería no es solo ayudar en las técnicas que se llevan a cabo durante todo el proceso de la reproducción asistida, sino que además proporciona una atención integral a la pareja durante todo el proceso informando, asesorando y educando. Además, es el encargado de mantener un contacto más cercano y continuado, lo que facilita llevar a cabo un mejor seguimiento a los pacientes.

Los diferentes papeles que desarrolla el personal de enfermería son:



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería desarrollan un papel muy importante durante este largo proceso, ya que son el personal de referencia. Sin duda una de las funciones más importantes que realiza enfermería es el apoyo emocional ya que estos tratamientos tienen muchas repercusiones psicológicas. El tipo de relación con la enfermería les permite una disminución de la ansiedad y una mejora de la calidad de vida al proporcionar herramientas y habilidades para afrontar y resolver problemas adaptadas a cada paciente.

La consulta de enfermería permite una mejoría de los recursos al tener en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y del servicio, llevando a cabo cuidados integrales, de manera coordinada con el resto de profesionales del equipo de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Sibón Sancho G. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas Enfermarzo* 2015;18(2):60-67.
- Castells-Ayuso P, Berenguer-LabaigC, Sánchez-Martín P, Sánchez-Martín F. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida. *Enfermería Clínica* 2015;25(3):110-116.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Guía de reproducción humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud; 2015.
- Moreno L, García A, Jiménez B. Consulta de enfermería en reproducción asistida. *Rev Iberoam Fert Rep Hum* 2016;27(5):427-434

Resumen: En los últimos años la importancia de la reproducción asistida ha aumentado. Una de las consecuencias es el estilo de vida actual: malos hábitos alimenticios, un estrés continuo en el trabajo, etc. Otra de las consecuencias es la diversidad de parejas que desean formar una familia, y otra es la imposibilidad de uno de los progenitores en parejas heterosexuales debido a problemas en alguno de los dos sistemas reproductores. Por eso, cada vez son más las personas que recurren a este método para cumplir uno de sus objetivos que tienen en la vida.

Palabras Clave: Fecundidad, infertilidad, reproducción.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La infertilidad es un problema de salud el cual va tomando importancia cada vez más en la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados con la reproducción y sexualidad del individuo en todas las etapas de su vida, asegurando una vida sexual satisfactoria y segura, así como la capacidad de tener hijos.

Según la OMS, la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductor que se caracteriza por la incapacidad de lograr una gestación clínica después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

Se estima que en España casi un 15% de las parejas en edad reproductiva tiene problemas para concebir un hijo.

Objetivos:

-Conocer el método de reproducción asistida para aquellas personas que no pueden concebir de forma natural.

- Conocer el papel que desarrolla el personal de enfermería en las diferentes técnicas.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.

Los buscadores utilizados para realizar el trabajo han sido principalmente Google académico, SciELO, IBECS y Pubmed, principalmente.

Los criterios de inclusión son: artículos científicos publicados en revistas con carácter científico redactados entre los años 2015 y 2021 y con acceso libre a texto completo.

Resultados:

Las técnicas de reproducción asistida son un grupo de procesos donde se actúa directamente sobre los gametos masculinos y femeninos (espermatozoides y ovocitos) para conseguir facilitar la fecundación y la transferencia o el depósito de embriones en el útero. Las más empleadas actualmente son la inseminación artificial, la fecundación in vitro, la inyección intracitoplasmática (ICSI) y la donación de ovocitos.

El papel de la enfermería no es solo ayudar en las técnicas que se llevan a cabo durante todo el proceso de la reproducción asistida, sino que además proporciona una atención integral a la pareja durante todo el proceso informando, asesorando y educando. Además, es el encargado de mantener un contacto más cercano y continuado, lo que facilita llevar a cabo un mejor seguimiento a los pacientes.

Los diferentes papeles que desarrolla el personal de enfermería son:

- Apoyo emocional
- Educación e información
- Asistencia
- Gestión y organización
- Investigación
- Docencia

Conclusiones:

Los profesionales de enfermería desarrollan un papel muy importante durante este largo proceso, ya que son el personal de referencia. Sin duda una de las funciones más importantes que realiza enfermería es el apoyo emocional ya que estos tratamientos tienen muchas repercusiones psicológicas. El tipo de relación con la enfermería les permite una disminución de la ansiedad y una mejora de la calidad de vida al proporcionar herramientas y habilidades para afrontar y resolver problemas adaptadas a cada paciente.

La consulta de enfermería permite una mejoría de los recursos al tener en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y del servicio, llevando a cabo cuidados integrales, de manera coordinada con el resto de profesionales del equipo de trabajo.

Bibliografía

1.- Sibón Sancho G. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas Enfermarzo* 2015;18(2):60-67.

2.-Castells-Ayuso P, Berenguer-LabaigC, Sánchez-Martín P, Sánchez-Martín F. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida. *Enfermería Clínica* 2015;25(3):110-116.

3.-Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Guía de reproducción humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud; 2015.

4.-Moreno L, Garcia A, Jiménez B. Consulta de enfermería en reproducción asistida. *Rev Iberoam Fert Rep Hum* 2016;27(5):427-434

Capítulo 106

Gestión Social de las Desigualdades en Salud y Coordinación Sanitaria

*Agudo Mosquera, Silvia Natalia
Sanz Estudillo, Francisca
Martín Arévalo, María del Prado
Cubero Ruedas, Ana
Moreno Ruiz, Alicia
Fernández Carmona, Carlos*

GESTIÓN SOCIAL DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y COORDINACIÓN SANITARIA

INTRODUCCIÓN

La salud es un indicador del crecimiento económico y social de cada país, forma parte del capital humano, es un derecho de las personas, sin distinción social o económica, por lo tanto, todas las personas deben de tener la mejor asistencia sanitaria posible, igualdad de oportunidades, y con las mejores condiciones de recursos. En España, si la mortalidad se comportase como en las zonas más ricas del país, morirían 35.000 personas menos cada año, existiendo además variaciones de hasta 3 años en la esperanza de vida entre distintas Comunidades Autónomas (CCAA).

OBJETIVOS

1. Describir Estrategias y Programas que gestionan situaciones de Vulnerabilidad Socio-sanitaria en España y su relación con los Ejes de Desigualdad de los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Conocer el papel de Enfermería en la elaboración de Estrategias y Programas para gestionar las situaciones generadas por los Determinantes Sociales de la Salud.

METODOLOGÍA

Revisión Bibliográfica Narrativa: "Responsabilidad Social de la Enfermería en la Gestión de los Cuidados", sobre el Papel que tienen los y las profesionales de Enfermería en la Gestión de las Desigualdades Sociales de la Salud. Se inscribe en los campos de "Bases teóricas y metodológicas de Enfermería" y "Prestación y gestión de cuidados de Enfermería en los distintos ámbitos de la práctica profesional". Esta Revisión Bibliográfica Narrativa, localiza, recupera y sintetiza la información de los estudios originales acerca del tema. Las bases de datos han sido Pubmed, Google Académico y páginas de Organismos Oficiales Estatales y Autonómicos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron que estuvieran publicados en los últimos 5 años en inglés, español y catalán, aunque se incluyen artículos anteriores por su relevancia con el tema expuesto y el rigor científico. Se incluyen dos artículos con mayor antigüedad de la descrita, puesto que son publicaciones procedentes de Organismos Oficiales y no existía ninguna versión actualizada.

RESULTADOS

1. ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS QUE GESTIONAN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIO-SANITARIA EXISTENTES EN ESPAÑA Y SU RELACION CON LOS EJES DE DESIGUALDAD DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Estudiar las Desigualdades en Salud ha tenido escasa prioridad en España, diferente a otros países europeos en los que ha sido una prioridad. Desde los 70 la OMS ha realizado estudios y programas para aclarar el efecto de la pobreza y del desempleo. Como medidas estabilizadoras la OMS propone una nueva Política Europea: "Para el año 2020, las diferencias en Salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir al menos una cuarta parte en los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos, reforzando la Salud Pública y asegurando Sistemas Sanitarios centrados en la persona, universales, equitativos, sostenibles y de calidad".

2. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS PARA GESTIONAR LAS SITUACIONES DE VULNERABILIDAD GENERADAS POR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Las competencias que posee la Profesión Enfermera relacionadas con la Gestión de los Servicios de Salud, relacionándolas con el Liderazgo, la Ética en las Organizaciones Sanitarias y la Competencia Política e Implicaciones en el Sistema son claves para el desarrollo de la Coordinación Socio-sanitaria, papel de los y las Enfermeros/as y ejemplos de Programas y/o Iniciativas de Coordinación en países de nuestro entorno.

CONCLUSIONES

La inclusión de los Determinantes Sociales de la Salud no se debe realizar solamente en las Líneas Estratégicas propias que los aborden, se pueden incluir en las demás áreas de acción de los Planes de Salud de las CCAA. No es necesario realizar Estrategias Sanitarias diferentes para estudiar y resolver los problemas asociados a los ejes de Desigualdad de la Salud. En las CCAA existen Programas para prevenir y atender las Desigualdades e Inequidades generadas por los Determinantes Sociales de la Salud, estos parten del Sistema Sanitario y Social, la mayor parte de ellos no tienen objetivos comunes ni complementan su acción. Los Ejes de Desigualdad generan problemas socio-sanitarios complejos, su abordaje debería realizarse desde un marco de coordinación y colaboración.

Actualmente Enfermería ocupa puestos de Gestión en el Sistema Sanitario, en su mayoría como Supervisores/as, o en las Direcciones de Enfermería. A pesar de estas circunstancias no existe un Mapa de Competencias concreto, claro, conciso y contrastado sobre las funciones, requisitos y obligaciones que ayude a delimitar el ejercicio profesional de estos/as profesionales. El liderazgo de Enfermería tiene un papel clave a la hora de motivar al personal para lograr mejores resultados. Se debe entender la Competencia Política de Enfermería como una forma de ejercer el Liderazgo de la Profesión en todos los niveles. La solución y abordaje de problemas socio-sanitarios complejos no pasa solamente por la práctica clínica, exige esfuerzo y una mayor comprensión del origen del problema, para poder actuar sobre el foco, tanto local, como global.

En materia de Coordinación Socio-sanitaria, se echa en falta una mayor Coordinación Institucional, y en tiempo para poder conformar redes de colaboración. La Enfermería ya desempeña un papel importante dentro del Sistema Sanitario en materia de atención a las situaciones de vulnerabilidad y Coordinación Socio-sanitaria, siendo importante en la detección precoz, abordaje inicial, derivación a recursos especializados y seguimiento entre los diferentes equipos. Su nuevo papel, las limitaciones y obligaciones, dependerán de la reforma que se realice en el momento de su implantación.

BIBLIOGRAFIA

1. Escobar Castellanos B, Cid Henriquez P. Equidad En La Atención De Salud Y Enfermería. Biotecnica. 2016;18(1); 44-50.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. 2015.
3. Pedraña L, Pamponet M, Walter R, Costa F, Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. Glob Health Action. 2016; 9: 28831.
4. Pujol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(2): 178-81.

Resumen: *La salud es un indicador del crecimiento económico y social de cada país; es un derecho de las personas sin distinción social o económica, por tanto, todas las personas deben de tener la mejor asistencia sanitaria posible, igualdad de oportunidades y recursos de calidad.*

El estudio de las Desigualdades en Salud ha tenido escasa prioridad en la política de nuestro país.

Si la mortalidad en España se comportase como en las zonas más ricas del país, morirían 35.000 personas menos cada año, existiendo, además variaciones de hasta 3 años en la esperanza de vida entre distintas Comunidades Autónomas.

Palabras Clave: *Liderazgo, Vulnerabilidad, Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La salud es un derecho de las personas sin distinción social o económica, por lo tanto, todas las personas deben de tener la mejor asistencia sanitaria posible, igualdad de oportunidades, y con las mejores condiciones de recursos.

En España, si la mortalidad se comportase como en las zonas más ricas del país, morirían 35.000 personas menos cada año, existiendo además Variaciones de hasta 3 años en la esperanza de vida entre distintas Comunidades Autónomas (CCAA).

Objetivos:

Nos hemos propuesto en primer lugar describir Estrategias y Programas que gestionan situaciones de Vulnerabilidad Socio-sanitaria en España y su relación con los Ejes de Desigualdad de los Determinantes Sociales de la Salud. Y por otro lado conocer el papel de Enfermería en la elaboración de Estrategias y Programas para gestionar las situaciones generadas por los Determinantes Sociales de la Salud.

Material y Métodos:

Para ello hemos realizado una revisión Bibliográfica Narrativa en distintas bases de datos (Pubmed, Google Académico y páginas de Organismos Oficiales Estatales y Autonómicos) que localiza, recupera y sintetiza la información de los estudios originales acerca del tema.

-Conocer el método de reproducción asistida para aquellas personas que no pueden concebir de forma natural.

- Conocer el papel que desarrolla el personal de enfermería en las diferentes técnicas.

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes páginas webs tanto de artículos científicos como médicos para la realización de una revisión bibliográfica sistemática.

Los buscadores utilizados para realizar el trabajo han sido principalmente Google académico, SciELO, IBECS y Pubmed, principalmente.

Los criterios de inclusión son: artículos científicos publicados en revistas con carácter científico redactados entre los años 2015 y 2021 y con acceso libre a texto completo.

Resultados:

En este trabajo se pone de manifiesto que estudiar las Desigualdades en Salud ha tenido escasa prioridad en España, diferente a otros países europeos en los que ha sido una prioridad. Desde los 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado estudios y programas para aclarar el efecto de la pobreza y del desempleo. Como medidas estabilizadoras la OMS propone una nueva Política Europea: “Para el año 2020, las diferencias en Salud entre los grupos socio-económicos de cada país, se deberán reducir al menos una cuarta parte en los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos, reforzando la Salud Pública y asegurando Sistemas Sanitarios centrados en la persona, universales, equitativos, sostenibles y de calidad”.

Por otro lado, y en relación al papel de la enfermería en la elaboración de Estrategias y Programas para gestionar las situaciones de vulnerabilidad generadas por los Determinantes Sociales de la Salud pone de manifiesto que son claves para el desarrollo de la Coordinación Socio-sanitaria, papel de los y las Enfermeros/as y ejemplos de Programas y/o Iniciativas de Coordinación en países de nuestro entorno.

Conclusiones:

Podemos afirmar que la inclusión de los Determinantes Sociales de la Salud no se debe realizar solamente en las Líneas Estratégicas propias que los aborden, se pueden incluir en las demás áreas de acción de los Planes de Salud de las CCAA. No es necesario realizar Estrategias Sanitarias diferentes para estudiar y resolver los problemas asociados a los ejes de Desigualdad de la Salud.

En las CCAA existen Programas para prevenir y atender las Desigualdades e Inequidades generadas por los Determinantes Sociales de la Salud, estos parten del Sistema Sanitario y Social, la mayor parte de ellos no tienen objetivos comunes ni complementan su acción. Los Ejes de Desigualdad generan problemas socio-sanitarios complejos, su abordaje debería realizarse desde un marco de coordinación y colaboración.

Actualmente Enfermería ocupa puestos de Gestión en el Sistema Sanitario, en su mayoría como Supervisores/as, o en las Direcciones de Enfermería. A pesar de estas circunstancias no existe un Mapa de Competencias concreto, claro, conciso y contrastado sobre las funciones, requisitos y obligaciones que ayude a delimitar el ejercicio profesional de estos/as profesionales.

El liderazgo de Enfermería tiene un papel clave a la hora de motivar al personal para lograr mejores resultados.

La solución y abordaje de problemas socio-sanitarios complejos no pasa solamente por la práctica clínica, exige esfuerzo y una mayor comprensión del origen del problema, para poder actuar sobre el foco, tanto local como global.

Se debe entender la Competencia Política de Enfermería como una forma de ejercer el Liderazgo de la Profesión en todos los niveles.

En materia de Coordinación Socio-sanitaria, se echa en falta una mayor Coordinación Institucional, y en tiempo para poder conformar redes de colaboración. La Enfermería ya desempeña un papel importante dentro del Sistema Sanitario en materia de atención a las situaciones de vulne-

rabilidad y Coordinación Socio-sanitaria, siendo importante en la detección precoz, abordaje inicial, derivación a recursos especializados y seguimiento entre los diferentes equipos. En su nuevo papel, las limitaciones y obligaciones, dependerán de la reforma que se realice en el momento de su implantación

Bibliografía

- 1.- Escobar Castellanos B, Cid Henriquez P. Equidad En La Atención De Salud Y Enfermería. Biotecnica. 2016; 18(1); 44-50.
- 2.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. 2015.
- 3.- Pedrana L, Pamponet M, Walter R, Costa F, Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. Glob Health Action. 2016; 9: 28831.
- 4.- Pujol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(2): 178-81.
- 5.- Guerra G, Borde E, Salgado de Snyder VN. Measuring health inequities in low and middle income countries for the development of observatories on inequities and social determinants of health. Int J Equity Health. 2016; 15: 9.

Capítulo 107

Hábitos de ejercicio físico (caminar para desplazarse) entre la población adulta española

López Juárez, M^a Pilar.

HÁBITOS DE EJERCICIO FÍSICO (CAMINAR PARA DESPLAZARSE) ENTRE LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA



López Juárez, MP

INTRODUCCIÓN

Existe gran cantidad de evidencia científica que demuestra que, la actividad física, sobre todo, si se practica regularmente, mejora la calidad de vida de la población.

Para que las enfermeras puedan ejercer su rol como referentes y líderes en el cuidado y la educación sanitaria, es imprescindible que conozcan, con la mejor evidencia científica disponible, los beneficios de la actividad física y, sobre todo, los hábitos de ejercicio físico de la población adulta española.

OBJETIVOS

1. Conocer los hábitos de ejercicio físico (caminar) entre la población adulta española.
2. Comparar el tiempo dedicado a caminar para desplazarse entre la población adulta española de todas las Comunidades Autónomas.
3. Evidenciar si existen diferencias entre sexos a la hora de determinar el tiempo empleado en caminar para desplazarse.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Ejercicio físico (días a la semana en los que camina para desplazarse).

Población identificada: Adultos mayores de 15 años de ambos sexos. Recogida de información:

- Encuesta Europea de Salud 2020.
- Búsqueda en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre actividad física, educación sanitaria y población adulta. Publicaciones con antigüedad máxima de 5 años. Términos MeSH: Adult, Exercise, Walking, Health Education.

RESULTADOS

Número de días a la semana en los que camina

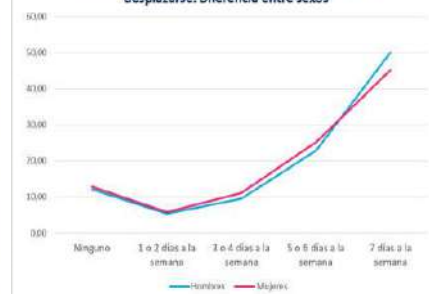
■ Ninguno ■ entre 1 y 4 días ■ entre 5 y 7 días



Días en los que camina para desplazarse



Número de días a la semana en los que camina para desplazarse. Diferencia entre sexos



CONCLUSIONES

1. Un 12,5% de la población adulta española mayor manifiesta no caminar para desplazarse ningún día a la semana.
2. No existen diferencias significativas entre ambos sexos al determinar el tiempo empleado en caminar para desplazarse.
3. 8 de cada 10 adultos de Baleares, País Vasco y Extremadura manifiesta caminar para desplazarse entre 5 y 7 días a la semana. En el polo opuesto, más de un 18% de la población adulta de Murcia, Navarra y Comunidad Valenciana manifiesta no caminar para desplazarse ningún día a la semana.

Resumen: *Numerosos estudios científicos demuestran que la actividad física (sobre todo, si se practica regularmente), mejora la calidad de vida. Para que las enfermeras puedan ejercer su rol como referentes y líderes del cuidado y educación sanitaria, es imprescindible que conozcan, con la mejor evidencia científica disponible, los beneficios de la actividad física y, sobre todo, los hábitos de ejercicio físico de la población.*

Analizando, entre otras publicaciones, datos de la Encuesta Europea de Salud 2020, podemos conocer en qué Comunidades Autónomas se camina más días a la semana para desplazarse y, por el contrario, dónde no se camina ningún día.

Palabras Clave: *Exercise, Adult, Health Education.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Numerosos estudios científicos demuestran que la actividad física (sobre todo, si se practica regularmente), mejora la calidad de vida. El ejercicio físico continuado ayuda a fortalecer los músculos, disminuye el riesgo de caídas, reduce la ansiedad y el estrés, mejora el sueño, contribuye a mantener un peso saludable, reduce el riesgo cardiovascular.

Para que las enfermeras puedan ejercer su rol como referentes y líderes del cuidado y educación sanitaria, es imprescindible que conozcan, con la mejor evidencia científica disponible, los beneficios de la actividad física y, sobre todo, los hábitos de ejercicio físico de la población.

Objetivos:

1. Conocer los hábitos de ejercicio físico (caminar) entre la población adulta española.
2. Comparar el tiempo dedicado a caminar para desplazarse entre la población adulta española de todas las Comunidades Autónomas.
3. Evidenciar si existen diferencias entre sexos a la hora de determinar el tiempo empleado en caminar para desplazarse.

Material y Métodos:

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: Ejercicio físico (días a la semana en los que camina para desplazarse).

Población identificada: Adultos mayores de 15 años de ambos sexos.

Recogida de información:

- Encuesta Europea de Salud 2020.

- Búsqueda en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre actividad física, educación sanitaria y población adulta. Publicaciones con antigüedad máxima de 5 años. Artículos en castellano. Términos MesH: Adult, Exercise, Walking, Health Education.

Resultados:

En la Encuesta Europea de Salud de 2020, en las cifras relativas del Determinante de Salud Actividad Física, se plantea contabilizar el Número de días a la semana en los que camina para desplazarse según sexo y comunidad autónoma en la población de 15 y más años (población encuestada a partir de ahora), obteniéndose, en resumen y de forma estratificada, los siguientes resultados.

Un 12,51% de la población encuestada manifiesta no caminar para desplazarse ningún día a la semana. En el polo opuesto, casi la mitad de los encuestados (47,48%) camina para desplazarse todos los días de la semana.

Entre Comunidades Autónomas existen algunas diferencias significativas. La Región de Murcia es la que tiene un porcentaje más elevado de población adulta mayor de 15 años que no camina para desplazarse ningún día a la semana (21,18%). Sin embargo, este porcentaje de población que no camina ningún día es más bajo en la Ciudad Autónoma de Melilla (5,09%) y en Extremadura (5,88%). Si medimos la población encuestada que camina para desplazarse 5 días o más a la semana, los porcentajes más altos en actividad los encontramos en Islas Baleares (86,99%), País Vasco (84,75%) y Extremadura (80,12%).

Comparando la información obtenida entre ambos sexos, apenas existen diferencias significativas. Quizás lo más reseñable sea que el porcentaje de adultos mayores de 15 años que camina a diario para desplazarse es algo más elevado que el de mujeres (50,04% frente a un 45,05%). Sin embargo, si ampliamos el rango temporal a población adulta mayor de 15 años que camina 5 días a la semana o más, la diferencia entre varones y mujeres vuelve a no ser significativa (72,94% frente a 70,27%). Si hacemos la comparación entre sexos de la población encuestado que no camina ningún día para desplazarse, tampoco encontramos diferencias significativas entre varones y mujeres (12,15% frente a 12,86%).

Conclusiones:

1. Un 12,5% de la población adulta española mayor manifiesta no caminar para desplazarse ningún día a la semana.
2. No existen diferencias significativas entre ambos sexos al determinar el tiempo empleado en caminar para desplazarse.
3. Más del 80% de la población adulta de Baleares, País Vasco y Extremadura manifiesta caminar para desplazarse entre 5 y 7 días a la semana. En el polo opuesto, más de un 18% de la población adulta de Murcia, Navarra y Comunidad Valenciana manifiesta no caminar para desplazarse ningún día a la semana.

Bibliografía

1.-Bibliografía 1:

INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta europea de salud en España / Resultados [Internet]. INE. 2022 [último acceso 10 Mayo 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

2.- Bibliografía 2:

Mora JC, Valencia WM. Exercise and Older Adults. Clin Geriatr Med. 2018 Feb;34(1):145-162. doi: 10.1016/j.cger.2017.08.007. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29129214.

3.- Bibliografía 3:

Estilo de vida saludable - Actividad Física y Sedentarismo [Internet]. Estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es. 2022 [último acceso 10 Mayo 2022]. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/home.htm>

4.- Bibliografía 4:

Durán S, Sánchez H, Valladares M, López A, Valdés Badilla P, Herrera T. Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos [Association of sedentariness and health promoting lifestyles in older adults]. Rev Med Chil. 2017 Dec;145(12):1535-1540. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872017001201535. PMID: 29652949.

Capítulo 108

Hemoderivados transfundidos en el HGCR por unidad (2019 /2021)

*Sobrino Lorente, María del Pilar
Carrero Maldonado, Silvia
Villaseñor Martín-Portugués, Cristina
De Haro Moya, Estela*

HEMODERIVADOS TRANSFUNDIDOS EN EL HGUCR POR UNIDAD (2019 – 2021)



AUTORES: Sobrino Lorente, María del Pilar; Carrero Maldonado, Silvia; Villaseñor Martín-Portugués, Cristina; De Haro Moya, Estela.

INTRODUCCIÓN: La RAE define como transfusión “Operación por medio de la cual se hace pasar directa o indirectamente la sangre o plasma sanguíneo de las arterias o venas de un individuo a las arterias o venas de otro, indicada especialmente para reemplazar la sangre perdida por hemorragia”. Desde que se produce la donación y hasta que finaliza la transfusión es necesario personal sanitario cualificado para garantizar la máxima seguridad del paciente. El proceso de transfusión de hemoderivados forma parte del trabajo diario de la enfermería de Atención Especializada.

OBJETIVOS: Hemos querido investigar el total de transfusiones de Hemoderivados (hematíes, plasma y plaquetas) en cada Unidad del HGUCR en el periodo comprendido entre 2019-2021 y así resaltar la importancia de este proceso con el fin de contribuir al aumento de la seguridad en la transfusión, ya que como sabemos una transfusión conlleva una serie de riesgos para el paciente y no solamente resaltar la importancia de la seguridad en el paciente sino el costoso proceso que lleva detrás una donación, tanto económico como personal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemoderivados transfundidos en cada Unidad durante el periodo comprendido entre 2019-2021. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre “e-Delphin”

RESULTADOS:



CONCLUSIONES: Como se observa en las tres gráficas anteriores, el componente más transfundido en todas las unidades son los hematíes. La unidad en la que más transfusiones se realiza es Urgencias, seguido de Hospital de Día (2019 y 2020) y UCI (2021).

Resumen: Se ha realizado un estudio retrospectivo y cuantitativo de los hemoderivados transfundidos en cada servicio del HGUCR en cada uno de sus servicios, cuantificando plasma, plaquetas y hematíes.

Palabras Clave: Hemoderivados, transfusión.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la RAE una transfusión es una operación por medio de la cual se hace pasar directa o indirectamente la sangre o plasma sanguíneo de las arterias

o venas de un individuo a las arterias o venas de otro individuo.

El proceso de transfusión de hemoderivados forma parte del trabajo diario de la enfermería en Atención Especializada.

Objetivos:

Hacemos un estudio de hemoderivados transfundidos en cada unidad del HGUCR en el periodo comprendido entre 2019 -2021 con el fin de contribuir a la seguridad en la transfusión de hemoderivados no sólo para resaltar la importancia en la seguridad del paciente sino el costoso proceso que lleva detrás una donación.

Material y Métodos:

Estudios retrospectivo, descriptivo y cuantitativo del total de hemoderivados transfundidos en cada unidad durante el periodo comprendido entre 2019 -2021. Datos extraídos del programa e -Delphi.

Conclusiones:

El componente más transfundido en todas las unidades es los hematíes. La unidad en donde más transfusiones se realiza es en el servicio de Urgencias, seguido de Hospital de día (2019-2020) y UCI 2021. Gran parte de las transfusiones totales del hospital son en los servicios quirúrgico (trauma y cirugía)

En este estudio vemos que en el año 2021 se han producido 1971 transfusiones más que en el año 2019.

Bibliografía

1.- Programa e-Delphin del servicio de transfusiones del HUGCR, Plan estratégico de seguridad del paciente. SESCOAM.

2.- Información de interés para el donante de sangre. Enfermedad por coronavirus COVID-19. Centro de Hemodonación. Consejería de Salud de la Región de Murcia. [<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=459072>]

3.- European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID- 19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm;

Capítulo 109

Hemorragia en Llama

Ponce Cañizares, Elizabet

HEMORRAGIA EN LLAMA

Autora: Elisabet Ponce Cañizares

Introducción

La hemorragia intraocular o hemorragia vítrea es la existencia de sangrado en la zona interna del ojo llamada *cavidad vítrea*.

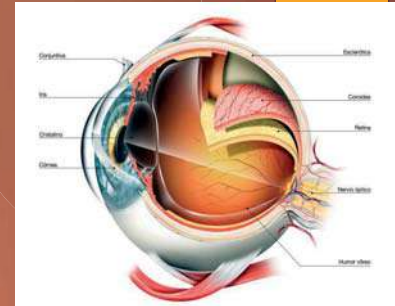
Si se produce una hemorragia en el humor vítreo, este pierde su transparencia y la luz no puede atravesarlo, lo que ocasiona pérdida de visión.

Las hemorragias puede ser:

- **Profundas** Localizada en capas medias de la retina, son rojas, pequeñas y redondeadas, de bordes irregulares.
- **Superficiales:** Son alargadas o en llama, se localizan en la capa de fibras nerviosas, se originan a partir de las arteriolas precapilares más superficiales.

Las causas de hemorragia vítrea, que puede ser espontánea o traumática, son muy numerosas. La causa más frecuente es la retinopatía diabética (50% de los casos), seguida del desprendimiento de retina regmatógeno, el desprendimiento de vítreo posterior y la obstrucción de la vena central de la retina. Estas causas originan el 95 % de los casos espontáneos.

Según la intensidad de la hemorragia, el déficit de visión puede ser completo, con ceguera total o parcial. A veces, si el sangrado es leve, se manifiesta únicamente como visión borrosa.



Observación clínica

Paciente mujer que acude a urgencias por disminución de la agudeza visual en OD tras haber visto destellos y miodesopsias, y aparente herpes oftálmico OI. Hace un mes visita en urgencias por presincope acompañado de visión borrosa, mareo, sudoración fría y palidez de la cual fue dada de alta.

AP: Ambliopía OI, miope, HTA, hipotiroidismo, No DM.

Se deja en observación para valorar por oftalmología al día siguiente por posible desprendimiento de vítreo posterior, Tras valoración se diagnostica de:

- Obstrucción central de la retina en OI.
- Hemorragia en llama importante en OD.
- Herpes oftálmico en OD.

Ingresa en planta



Plan de cuidados enfermeros

Cuidados

- Toma de constantes vitales
- Canalización de vía periférica.
- Analítica
- EKG
- Valoración del dolor
- Valoración neurológica

Tratamiento

- Administración de lagrimas artificiales Thealof duo c/2-3 horas.
- Administración de Xilin gel antes de acostarse.
- Aciclovir IV

Seguimiento

- Interacción con el entorno débil, por problemas visuales
- Reacción alérgica medicamentosa al aciclovir que debuta con vómitos, mareo, sudorosa y dolor epigástrico., se le administra ondansetron + primperan y corticoterapia, mas suero terapia de mantenimiento. Se realiza seguimiento estricto de la paciente. La cual remonta mas tarde.
- Buena tolerancia al dolor

Discusión

Se produce por diversas causas y no se puede establecer un tratamiento único para todos los pacientes. Debe ser individualizado, en función del origen de la hemorragia, su gravedad y las circunstancias personales.

- Si la hemorragia es leve, puede resolverse de forma espontánea, por lo que solo requerirá tiempo de espera, aunque la recuperación plena de la visión puede demorarse varios meses.
- En otras ocasiones, tras un tiempo de espera, se recomienda una intervención quirúrgica denominada *vitreotomía*, que consiste en la extracción del humor vítreo mediante cirugía microincisional mínimamente invasiva.

En función de la causa que haya originado la hemorragia vítrea será necesario añadir otros tratamientos, como la aplicación de láser o la administración de inyecciones intravítreas.

Conclusión

El síntoma principal es una pérdida brusca de agudeza visual, como presentó la paciente, además tenía un herpes oftálmico. En su caso la hemorragia era leve y en principio se resolverá de forma espontánea, siguiendo recomendaciones medicas y cuidados enfermos. Llevará seguimiento por oftalmología y cuidados en centro de salud. El ojo que presentó esta patología era el ojo sano ya que la paciente tenía como antecedentes en ojo izquierdo una ambliopía producida por la obstrucción central de la retina.

Resumen: Paciente diagnosticada de hemorragia en llama en OD. El síntoma principal es una pérdida brusca de agudeza visual, como presentó la paciente. Si se produce una hemorragia en el humor vítreo, este pierde su transparencia y la luz no puede atravesarlo, lo que ocasiona pérdida de visión. Las causas de hemorragia vítrea, pueden ser espontánea o traumática. La causa más frecuente es la retinopatía diabética, seguida del desprendimiento de retina regmatógeno, el desprendimiento de vítreo posterior y la obstrucción de la vena central de la retina. Estas causas originan el 95 % de los casos espontáneos. Según la intensidad de la hemorragia, el déficit de visión puede ser completo, con ceguera total o parcial. A veces, si el sangrado es leve, se manifiesta únicamente como visión borrosa. El tratamiento debe ser individualizado como en el caso de esta paciente, según se detalla.

Palabras Clave: Hemorragia, cuerpo vítreo, agudeza visual

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemorragia intraocular o hemorragia vítrea es la existencia de sangrado en la zona interna del ojo llamada cavidad vítrea.

Si se produce una hemorragia en el humor vítreo, este pierde su transparencia y la luz no puede atravesarlo, lo que ocasiona pérdida de visión.

Las hemorragias pueden ser:

- Profundas Localizada en capas medias de la retina, son rojas, pequeñas y redondeadas, de bordes irregulares.
- Superficiales: Son alargadas o en llama, se localizan en la capa de fibras nerviosas, se originan a partir de las arteriolas precapilares más superficiales.

Las causas de hemorragia vítrea, que puede ser espontánea o traumática, son muy numerosas. La causa más frecuente es la retinopatía diabética (50% de los casos), seguida del desprendimiento de retina regmatógeno, el desprendimiento de vítreo posterior y la obstrucción de la vena central de la retina. Estas causas originan el 95 % de los casos espontáneos.

Según la intensidad de la hemorragia, el déficit de visión puede ser completo, con ceguera total o parcial. A veces, si el sangrado es leve, se manifiesta únicamente como visión borrosa.

Observación Clínica:

Paciente mujer que acude a urgencias por disminución de la agudeza visual en OD tras haber visto destellos y miodespsias, y aparente herpes oftálmico OI. Hace un mes visita en urgencias por presíncope acompañado de visión borrosa, mareo, sudoración fría y palidez de la cual fue dada de alta.

AP: Ambliopía OI, miope, HTA, hipotiroidismo, No DM.

Se deja en observación para valorar por oftalmología al día siguiente por posible desprendimiento de vitreo posterior, Tras valoración se diagnostica de:

- Obstrucción central de la retina en OI.
- Hemorragia en llama importante en OD.
- Herpes oftálmico en OD.

Ingresa en planta

Plan de Cuidados Enfermeros:

• Cuidados

Toma de constantes vitales

Canalización de vía periférica.

Analítica

EKG

Valoración del dolor

Valoración neurológica

• Tratamiento

Administración de lágrimas artificiales Thealof duo c/2-3 horas.

Administración de Xilin gel antes de acostarse.

Aciclovir IV

• Seguimiento

Interacción con el entorno débil, por problemas visuales

Reacción alérgica medicamentosa al aciclovir que debuta con vómitos, mareo, sudorosa y dolor epigástrico. Se le administra ondansetron + primperan y corticoterapia, más sueroterapia de mantenimiento. Se realiza seguimiento estricto de la paciente. La cual remonta más tarde.

Buena tolerancia al dolor

Discusión:

Se produce por diversas causas y no se puede establecer un tratamiento único para todos los pacientes. Debe ser individualizado, en función del origen de la hemorragia, su gravedad y las circunstancias personales.

- Si la hemorragia es leve, puede resolverse de forma espontánea, por lo que solo requerirá tiempo de espera, aunque la recuperación plena de la visión puede demorarse varios meses.

- En otras ocasiones, tras un tiempo de espera, se recomienda una intervención quirúrgica denominada vitrectomía, que consiste en la extracción del humor vítreo mediante cirugía microincisional mínimamente invasiva.

En función de la causa que haya originado la hemorragia vítrea será necesario añadir otros tratamientos, como la aplicación de láser o la administración de inyecciones intravítreas.

Conclusión:

El síntoma principal es una pérdida brusca de agudeza visual, como presentó la paciente, además tenía un herpes oftálmico. En su caso la hemorragia era leve y en principio se resolverá de forma espontánea, siguiendo recomendaciones médicas y cuidados enfermos. Llevará seguimiento por oftalmología y cuidados en centro de salud. El ojo que presentó esta patología era el ojo sano ya que la paciente tenía como antecedentes en ojo izquierdo una ambliopía producida por la obstrucción central de la retina.

Bibliografía

- 1.- Porter D, Vemulakonda GA. Drusen. American Academy of Ophthalmology; 2019 Disponible en: <https://www.aao.org/eye-health/diseases/drusen-list>.
- 2.- Rajagopal R, Mitchell E, Sylvester C, Lope LA, Nischa K. Detection of optic disc drusen in children using ultrasound through the lens and avoiding the lens-point of care ultrasound technique of evaluation revisited. J Clin Med. 2019;8:1449.
- 3.- Manejo de las complicaciones oculares de la diabetes. Retinopatía Diabética y Edema Macular. «Guías de Práctica Clínica de la SERV». Disponible en: www.serv.es
- 4.- Manual MSD, «Oclusión de la vena central de la retina y oclusión de una rama venosa retiniana. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/enfermedadesretinianas/oclusi%C3%B3n-de-la-vena-central-de-la-retina-y-oclusi%C3%B3n-de-una-rama-venosa-retiniana>

Capítulo 110

Humanización de los cuidados a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: Programa A.S.I

Camacho Sánchez, Ana María

Humanización de los cuidados a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: Programa A.S.I

AUTOR: Ana María Camacho Sánchez (*Enfermera sociosanitaria en PCDID*)

Introducción

Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) están en constante desigualdad frente a la población general. Dentro del ámbito sanitario, las PCDID tienen más necesidades de salud desde edades más tempranas ya sea por la propia causa de la discapacidad intelectual o problemas de salud añadidos sumándose las barreras que se han encontrado durante años, en la falta de adaptación del sistema sanitario para poder recibir una atención sanitaria de mayor calidad.

En la actualidad, han cobrado gran importancia proyectos que trabajan la accesibilidad cognitiva con pictogramas para ayudar a las personas a manejarse por sí solas dentro de espacios sanitarios. El concepto de humanización de cuidados y empatía se va haciendo más importante entre los profesionales.

El programa A.S.I (Asistencia Sanitaria Integral) dirigido a PCDI o trastorno del espectro autista nace para mejorar la calidad de los servicios prestados en beneficio de las PCDID, apoyados por la ONU con su convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y por la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión, entre otras normas a nivel de comunidades y servicios de salud.

El **objetivo** de nuestro trabajo es describir el programa A.S.I concienciando a la población enfermera, sobre la importancia de la humanización de los cuidados que prestamos y la necesidad de trabajar todos hacia un mismo fin en nuestra práctica diaria.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica en base a datos recogidos a través de google académico y páginas web oficiales de organismos y fundaciones relacionadas con las PCDID. Seleccionando artículos con fecha de 2016 en adelante, excepto la convención sobre los derechos de las PCDID en 2006 y Ley general de derechos de las personas con discapacidad en 2011.

- Criterio de exclusión: se eliminaron artículos que no tuvieran nada que ver con las PCDID.
- Criterio de inclusión: artículos que trataban sobre la atención sanitaria en este núcleo de población específico.
- Tras una primera búsqueda se seleccionaron 20 artículos de los cuales tras lectura crítica se seleccionaron 8.
- Población diana: va dirigido a los profesionales sanitarios, más concretamente al profesional de enfermería.

Resultados

En 2016, nace en el área de salud oeste de Valladolid el programa A.S.I, asistencia sanitaria integral enfocada a PCDID. Promovido por la Fundación Discapacidad y Autismo, junto con profesionales sanitarios del hospital universitario Río Hortega de Valladolid.

Líneas de trabajo	Dificultades encontradas
<ul style="list-style-type: none">- Entrevista a profesionales sanitarios para saber cuales son las dificultades en la atención a las PCDID.- Formación en discapacidad intelectual para los profesionales.- Establecer los participantes del programa (410 participantes) e informatizar sus datos. Se añadió a su historia clínica las siglas A.S.I para detectar rápido la necesidad de una asistencia integral.- Estableció la figura de la enfermera de casos para poder apoyar a este colectivo dentro del ámbito sanitario, además de otras muchas funciones.- Creación de un decálogo (<i>Imagen 1</i>)	<ul style="list-style-type: none">- Escasa tolerancia a espera.- Dificultad en la realización de pruebas diagnósticas.- Dificultad en la comprensión de la información sanitaria, diagnóstico y seguimiento del tratamiento farmacológico.- Niveles altos de ansiedad.

DECÁLOGO

1. Evitar o reducir los tiempos de espera
2. Adaptar el tiempo de consulta a las necesidades de la persona
3. Dirigirse al paciente con normalidad, por su nombre y con un lenguaje claro y sencillo
4. Facilitar el acompañamiento, siempre que la situación clínica lo permita, considerando al acompañante como un apoyo y recurso para la adecuada atención
5. Coordinación y apoyo para el desarrollo de pruebas complementarias (diagnósticas), teniendo en cuenta las necesidades específicas para llevar a cabo una mejor exploración y evaluación clínica
6. Ayudar al paciente y/o sus familiares/cuidadores a entender las indicaciones médicas y el tratamiento a seguir
7. Agilizar y coordinar las citaciones médicas
8. Facilitar espacios de atención individual si el entorno y necesidades de la persona lo requieren
9. Comunicación con entidades de atención a la discapacidad si se considera necesario
10. Contemplar actuaciones de prevención y promoción de la salud, en especial en aquellas patologías más prevalentes (bucodental, ginecología, urología, oftalmología, endocrino, aparato locomotor...)

Conclusiones

Los resultados del programa fueron muy positivos no solo para las PCDID, sino para profesionales. Este entre otros muchos programas más emprendidos por las distintas CC.AA pretenden mejorar en los próximos años los estándares de calidad de los servicios de salud además de potenciar un mejor uso de los recursos y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Dentro del colectivo enfermero, cobra gran importancia la ética a nivel individual y como colectivo, siendo una parte fundamental a tener en cuenta a la hora de la práctica asistencial diaria de los profesionales y la humanización de los cuidados acorde a cada tipo de paciente.

Bibliografía

1. Iglesias Moreno, MC. Atención sanitaria en la discapacidad intelectual. Programa A.S.I. I Congreso nacional de enfermería. Consultas hospitalarias y de Atención Primaria. Marzo, 2019. Valladolid. Disponible en: https://www.enfermerinnova.es/images/Congreso_2019/Publicacion/Ponencias/M3-4.pdf
2. Plena Inclusión. Sacyl. HURH. Autismo Valladolid. Presentación programa A.S.I. Proyecto Piloto para la mejora de la atención sanitaria en pacientes con discapacidad intelectual. 2016, Valladolid. Disponible en: https://www.enfermerinnova.es/images/Congreso_2019/Publicacion/Ponencias/M3-4.pdf
3. Federación de autismo de Castilla y León. Presentación del programa A.S.I dentro del plan persona de la consejería de Castilla y León [Internet]. Publicado en 2021, consultado en 2022. Disponible en: <https://autismocastillayleon.com/presentacion-del-programa-asi-dentro-del-plan-persona-de-la-consejeria-de-salud-de-la-junta-de-castilla-y-leon/>
4. Barreto Souza, Rafael. Capacidad jurídica: un nuevo paradigma desde la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. American University International Law Review 30 no. 2 (2015): 177-212. Disponible en: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1840&context=auil>
5. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social [Internet]. Gobierno de España. Publicado en 2013, consultado en 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

Resumen: Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) están en constante desigualdad en material de salud. La ONU a través de la convención de los derechos de las personas con discapacidad (2006) deja clara la necesidad de tomar medidas para intentar disminuir estas desigualdades. En España, las comunidades autónomas toman diferentes medidas dentro de los sistemas de salud para luchar contra ellas. Nuestro trabajo realiza una revisión bibliográfica sobre el Programa A.S.I (Asistencia Sanitaria Integral) con el objetivo de concienciar de la importancia de una adecuación en los cuidados de salud que proporcionamos día a día.

Palabras Clave: Calidad de la Atención de Salud (Quality of Health Care), Discapacidad intelectual (Intellectual Disability) y Humanización de la Atención (Humanization of Assistance).

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PCDID) están en constante desigualdad frente a la población general. Dentro del ámbito sanitario, las PCDID tienen más necesidades de salud desde edades más tempranas que el resto de la población, ya sea por la propia causa de la discapacidad intelectual o problemas de salud añadidos.

La desigualdad que sufre este núcleo poblacional no solo es está justificada por tener mayor número de problemas de salud, sino que una de las principales barreras que se han encontrado durante años es la falta de adaptación del sistema sanitario para poder recibir una atención sanitaria de mayor calidad.

Durante los últimos años, han cobrado gran importancia proyectos o programas enfocados a disminuir esta desigualdad en sus diferentes esferas. Por ejemplo, se trabaja la accesibilidad cognitiva con pictogramas para ayudar a las personas a manejarse por sí solas dentro de espacios sanitarios. El concepto de humanización de cuidados se va haciendo más importante entre los profesionales sanitarios, así como la práctica de la empatía. Todo ello y muchos más aspectos hacen que la calidad de la atención sanitaria que reciben las PCDID, sea más satisfactoria.

El programa A.S.I (Asistencia Sanitaria Integral) dirigido a PCDI o trastorno del espectro autista nace de la necesidad de trabajar una mejor calidad de los servicios prestados por el sistema de salud en beneficio de las PCDID, disminuyendo algunas de las desigualdades en salud dentro de este colectivo. Siendo apoyados a nivel internacional por la ONU en su convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a nivel estatal por Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión, entre otras normas a nivel de comunidades y servicios de salud.

Objetivo:

De nuestro trabajo es describir el programa A.S.I concienciando a la población enfermera, sobre la importancia de la humanización de los cuidados que prestamos y la necesidad de trabajar todos hacia un mismo fin en nuestra práctica diaria.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en base a datos recogidos a través de google académico y páginas web oficiales de organismos y fundaciones relacionadas con las PCDID. En la búsqueda bibliográfica se seleccionaron artículos con fecha de 2016 en adelante, a excepción de la convención sobre de los derechos de las PCDID en 2006 y la Ley general de derechos de las personas con discapacidad en 2011. Como criterio de exclusión, se eliminaron artículos que no tuvieran nada que ver con las PCDID y se incluyeron artículos que trataban sobre la atención sanitaria en este núcleo de población específico. Tras una primera búsqueda se seleccionaron 20 artículos de los cuales tras lectura crítica se seleccionaron 8.

Nuestro estudio va dirigido a los profesionales sanitarios, más concretamente al profesional de enfermería como población diana.

Resultados:

En 2016, nace en el área de salud oeste de Valladolid el programa A.S.I, asistencia sanitaria integral enfocada a PCDID e impulsado por una comisión. Formada por personas de la Fundación Discapacidad y Autismo de Valladolid, junto con profesionales sanitarios del hospital universitario Rio Hortega de esa misma ciudad.

Dentro del proyecto piloto, se siguieron varias líneas de trabajo. En primer lugar, una entrevista a profesionales sanitarios dónde se plasmó cuáles eran las dificultades que encontraban a la hora de atender a PCDID. Se formó a dichos profesionales en materia de discapacidad intelectual, además de establecer la figura de una enfermera de gestora de casos. Por otro lado, se estableció el número de participantes del programa, siendo unas 410 PCDID, de las cuales se informatizaron todos sus datos y se clarificó dentro del programa con las siglas del proyecto, que tipo de paciente eran. Lo cual permitía a los profesionales sanitarios detectar rápidamente quien necesitaba una atención sanitaria integral.

Dentro de este proyecto se detectaron varias dificultades que se encontraban al prestar la atención sanitaria a PCDID como la escasa tolerancia a la espera o la dificultad de la realización de las pruebas diagnósticas. La dificultad de comprensión para la información sanitaria, diagnóstico o tratamiento a seguir sumándole el estado de ansiedad y frustración, derivado de este tipo de situaciones. La enfermera gestora de casos fue de vital importancia para las PCDID dentro de este programa, ya que cumplía muchas de las funciones de apoyo a este colectivo dentro del ámbito sanitario. Consiguiendo que muchas de estas dificultades desaparezcan o al menos disminuyan.

Se creó un decálogo donde se describían una serie de normas clave para poder orientar al profesional e informar a las personas en qué consistía esta asistencia sanitaria integral, dónde además se mostraba la figura de apoyo (enfermera gestora de casos) dentro del centro sanitario que podía ayudar a las PCDID. El objetivo que perseguía este decálogo es trabajar sobre las dificultades que se habían analizado en otras fases del proyecto. Ej. Disminuir tiempos de espera, lenguaje claro y sencillo acorde a la persona... etc.

Los resultados del programa fueron muy positivos no solo para las PCDID, sino para profesionales. Además, de influir dentro del sistema sanitario reduciendo el número de consultas, los intentos fallidos en pruebas y procedimientos, aprovechando mejor los recursos y con una mayor satisfacción por parte de las PCDID y familias.

Conclusión:

Este entre otros muchos programas más emprendidos por las distintas CC.AA pretenden mejorar en los próximos años los estándares de calidad de los servicios de salud además de potenciar un mejor uso de los recursos y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Dentro del colectivo enfermero, cobra gran importancia la ética a nivel individual y como colectivo, siendo una parte fundamental a tener en cuenta a la hora de la práctica asistencial diaria de los profesionales y la humanización de los cuidados acorde a cada tipo de paciente.

Bibliografía

1.- Iglesias Moreno, MC. Atención sanitaria en la discapacidad intelectual. Programa A.S.I. I Congreso nacional de enfermería. Consultas hospitalarias y de Atención Primaria. Marzo, 2019. Valladolid. Disponible en: https://www.enfermerinnova.es/images/Congreso_2019/Publicacion/Ponencias/M3-4.pdf

2.- Plena Inclusión. Sacyl. HURH. Autismo Valladolid. Presentación programa A.S.I. Proyecto Piloto para la mejora de la atención sanitaria en pacientes con discapacidad intelectual. 2016, Valladolid. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/v._12.30_humanizando_la_salud_dulce.pdf

3.- Federación de autismo de Castilla y León. Presentación del programa A.S.I dentro del plan persona de la consejería de Castilla y León [Internet]. Publicado en 2021, consultado en 2022. Disponible en: <https://autismocastillayleon.com/presentacion-del-programa-asi-dentro-del-plan-persona-de-la-consejeria-de-sanidad-de-la-junta-de-castilla-y-leon/>

4.- Barreto Souza, Rafael. Capacidad jurídica: un nuevo paradigma desde la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. American University International Law Review 30 no. 2 (2015): 177-212. Disponible en: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1840&context=auilr>

5.- Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social [Internet]. Gobierno de España. Publicado en 2013, consultado en 2022. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

Capítulo 111

Identificación y Actuación de Enfermería ante los factores estresantes en los pacientes ingresados en una unidad de Cuidados Intensivos

*Peral Urbina, Elena
Ferreiro Tiemblo, Elena
Alvárez Hernández, César*

IDENTIFICACIÓN Y ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LOS FACTORES ESTRESANTES EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Peral Urbina. Enfermera GAP de Ávila

Elena Ferreiro Tiemblo. Enfermera especialista en Salud Mental. GAP de Ávila

César Álvarez Hernández. EIR Enfermería Familiar y Comunitaria. UDM AFYC Ávila.

INTRODUCCIÓN

Estrés: ocasiona inestabilidad fisiológica como predisposición a infecciones y retardo en la cicatrización, así como, alteraciones de orden psicológico como miedo, ansiedad, depresión y estrés pos-traumático.

Factores estresantes: es considerado como un estímulo o situación que produce respuesta al estrés. Pueden ser:



OBJETIVO

- Realizar búsqueda bibliográfica para conocer los factores estresantes en los pacientes ingresados en una UCI
- Ver la validez del uso del plan de cuidados individualizado de enfermería en pacientes con factores estresantes en la UCI.

METODOLOGIA

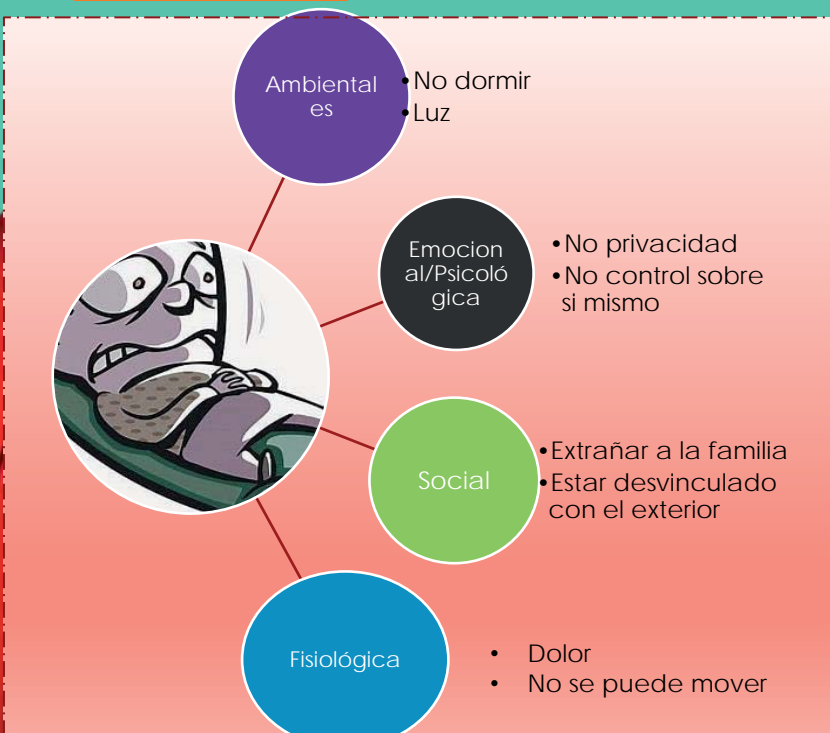
Bases de datos	
Pubmed	Cuiden
Scielo	Cochrane

Palabras clave	
Estrés	psicológico
fisiológico	Atención enfermera

CONCLUSIONES

- El periodo de internación en la UCI desencadena niveles de estrés en los pacientes.
- La enfermería a través de cuidados individualizados es capaz de localizar los factores estresantes facilitando el proceso de recuperación, disminuyendo el tiempo de ingreso y los índices de infección hospitalaria.

RESULTADOS



BIBLIOGRAFÍA

Zardini R, Marineia A, De Resende C. valuation of stressor agents and resilience by patients admitted in the intensive care unit. *Perspect em Psicol.* 2014; 18(181):194-213.

Rodrigues TDF. Stress factors in intensive care unit nursing. *Rev Min Enferm [Internet]* . 2012; 16(3):454-62.

Veiga E, Vianna L, Melo G de. Stress and Technological Innovation in a Cardiac Intensive. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min [Internet]* . 20 APA. American Psychiatric Association. (Internet) Washington Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: 1994. (citado marzo 2011)13; 16(3): 65-77.

Resumen: Se realiza revisión bibliográfica para identificar los factores estresantes que actúan en los pacientes adultos ingresados en la unidad de cuidados intensivos y ver si se pueden paliar sus efectos a través del plan individualizado de enfermería.

Los resultados obtenidos, son que existen 40 factores estresantes recogidos en 16 sub-categorías y a su vez recogidas en cuatro grandes categorías: ambientales, fisiológicos, emocional/psicológicos y social.

La capacidad de la enfermera para poder detectar los factores estresantes hace que se pueda actuar sobre ellos, facilitándose el proceso de recuperación, disminuyendo el tiempo de ingreso y los consiguientes índices de infección hospitalaria.

Palabras Clave: Estrés - Psicológico - Atención enfermera

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) están expuestos a factores desencadenantes del estrés.

Este estrés ocasiona alteraciones fisiológicas como la taquicardia, aumento de TA y del estímulo neural, cambio en la frecuencia espiratoria, predisposición a infecciones y retardo en la cicatrización; así como, alteraciones de orden psicológico como miedo, ansiedad, depresión y estrés pos-traumático. Todas estas alteraciones se darán en mayor o menor medida dependiendo de la intensidad y duración de los factores desencadenantes, pudiendo causar daños irreversibles si se mantuvieran largos periodos de tiempo.

Los factores estresantes son considerados como un estímulo o situación que produce respuesta al estrés. Estos factores estresantes pueden ser propios del paciente, como los factores emocionales/psicológicos y factores fisiológicos o también puede estar producidos tanto por factores externos como ambientales y sociales.

De igual manera independientemente de las causa del estrés en el cuerpo se manifiesta de la misma manera.

Esos factores estresantes se acentúan cuánto más jóvenes son los pacientes y cuando ingresan por urgencia en la UCI, ya que la mayoría no están preparados para el proceso de enfermedad y el cambio que supone en su vida, como el aislamiento social. No hay estudios que demuestren un mayor grado de estrés en función del sexo.

Objetivo:

Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer los factores estresantes en los pacientes adultos ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Revisar la eficacia del uso del plan de cuidados individualizado de enfermería en pacientes con factores estresantes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica cuya búsqueda se hace revisando las principales bases de datos de carácter científico como son: Cuiden, Scielo, Cochrane y Pubmed.

Las palabras claves utilizadas son “Estrés”, “psicológico”, “fisiológico” y “atención enfermera”.

Se utilizan como criterios de inclusión estar escritos en español o inglés, estar publicados en los últimos 10 años y ser artículos gratuitos. Tras la lectura crítica se seleccionan tres artículos para este trabajo.

Resultados:

Desde la perspectiva de los pacientes, se ha visto que hay cuatro grandes categorías de factores estresantes: ambiental, fisiológica, emocional/psicológica y social.

Las categorías se dividen en 16 subcategorías y 40 factores estresantes en total.

En la categoría ambiental, se ha visto que la mayoría de los factores estresores se encuentran dentro de la subcategoría estándar del sueño perturbado, en la que los factores estresores que destacan son: no conseguir dormir, la luz encendida durante todo el día y los ruidos producidos por el aparataje de la unidad.

En la categoría emocional/psicológico los factores estresores destacados son el miedo a la muerte, el miedo a lo desconocido y no tener privacidad ni control sobre sí mismos que se encuentran dentro de la subcategoría de miedo y pérdida de autonomía respectivamente.

En la categoría social los principales factores estresores son extrañar a la familia, desvincularse del ambiente externo y estar incapacitado para ejercer el papel de la familia, esto estaría dentro de las subcategorías de enfrentamiento familiar comprometido e interacción social perjudicada, respectivamente.

En la categoría fisiológica los principales factores estresores son el dolor, el no poderse mover ni poder comunicarse, que se encuentra dentro de las subcategorías de dolor, movilidad en la cama perjudicada y comunicación verbal perturbada respectivamente.

La exposición prolongada a estos factores estresantes provoca incomodidad en diferentes niveles de intensidad y aumenta el riesgo de infección. Así, por ejemplo, el estar sometido al dolor agudo o crónico puede comprometer el estado emocional, que induce a la ansiedad y la agitación psicomotora.

Así podemos ver, que los factores estresantes provocados por el ambiente de la UCI llevan a consecuencias psicológicas, emocionales y sociales.

Por otro lado, los resultados evidencian que es posible prevenir alteraciones producidas por los factores estresantes a través del control de estos factores y gracia a la labor de la enfermera.

Conclusión:

El profesional de enfermería es capaz de proyectarse y sensibilizarse hasta el punto que sabe cuándo y cuánto un determinado factor es estresante para el paciente, ya que es la encargada de diagnosticar, intervenir y evaluar a los pacientes.

De este modo la enfermera puede crear un plan individualizado para atajar los factores negativos y así facilitar el proceso de recuperación, disminuir el tiempo de ingreso y los consiguientes índices de infección hospitalaria.

Bibliografía

1.- Zardini R, Marineia A, De Resende C. valuation of stressor agents and resilience by patients admitted in the intensive care unit. *Perspect em Psicol.* 2014;18(181):194-213.

2.- Rodrigues TDF. Stress factors in intensive care unit nursing. *Rev Min Enferm [Internet].* 2012;16(3):454-62.

3.- Veiga E, Vianna L, Melo G de. Stress and Technological Innovation in a Cardiac Intensive. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min [Internet]* . 20 APA. American Psychiatric Association. (Internet) Washington Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: 1994. (citado marzo 2011)13;16(3):65-77.

Capítulo 112

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención al parto y en el postparto.

Nieves Rodríguez, Carlos Manuel.

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención al parto y en el postparto.



Autor: Carlos Manuel Nieves Rodríguez.



Palabras clave: COVID-19, atención al parto, atención postparto, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN: El 11 de marzo de 2022, la OMS declaró la COVID-19 como pandemia a nivel mundial, generando una crisis sanitaria sin precedentes ¹. El aumento de los contagios y de las hospitalizaciones provocó un aumento de la necesidad de camas y el reajuste de las Unidades de hospitalización para dar respuesta a la nueva situación ¹. Al igual que muchas unidades, las unidades de obstetricia y ginecología tuvieron que reajustar su actividad asistencial, planteando nuevas alternativas de seguimiento del embarazo, de atención al parto y al postparto ¹. Las modificaciones en la atención a las mujeres y a sus hijos, las nuevas restricciones y los cambios en los protocolos, han generado un impacto no solo en la diada materno – filial, sino también en las parejas, en las familias y en el propio personal sanitario ².

RESULTADOS: La reestructuración de la atención al embarazo, parto y puerperio ha cambiado durante la pandemia por COVID-19 ¹. La atención al parto ha ido cambiando, conforme la pandemia por COVID-19 ha ido progresando y se ha ido investigando y conociendo más aspectos sobre el impacto de la enfermedad en mujeres embarazadas. La mayoría de guías de práctica clínica recomiendan el parto vaginal o la cesárea en mujeres afectadas por COVID-19, a menos que se requiera parto urgente debido a la afección respiratoria de la madre ³. El empleo de la anestesia epidural, sigue siendo una práctica segura para las mujeres en la atención al parto ³. Asimismo, Pavlidis et al. ³ en su revisión, señalan que no existe consenso sobre si es adecuado o no el pinzamiento tardío del cordón.

Existen factores que favorecen la adaptación al rol parental y la creación del vínculo entre madres, padres e hijos, siendo determinantes. El acompañamiento durante el proceso del parto, el contacto piel con piel, el colecho del bebé en la misma habitación que la madre y la lactancia materna son factores clave que han ido evolucionando a lo largo de la pandemia, puesto que evitar los contagios y la transmisión vertical del virus ha provocado la adopción de medidas estrictas que han afectado, no sólo a la diada, sino a las parejas y a los propios profesionales sanitarios ^{2,3,4}. La interrupción de la educación maternal presencial, junto con falta de información, las restricciones de las visitas en las plantas de hospitalización y el cambio continuo de los protocolos, ha generado confusión y ansiedad en las madres, sus parejas y en el personal sanitario que los atienden ⁴. Por el contrario, el aislamiento y la restricción de las visitas han favorecido que las mujeres puedan descansar adecuadamente tras el parto ⁴.

Hospitales como el Hospital Universitario de la Paz, ha planteado el Alta Voluntaria Anticipada a madres que hayan tenido un parto vaginal sin complicación y del recién nacido sano, complementando la misma con una visita puerperal domiciliar por parte de residentes R2 de matrona. Asimismo, otros hospitales han optado por otras modalidades de atención, reestructurando la misma en base a los requerimientos de la pandemia y la seguridad de madres e hijos ^{1,2}.

OBJETIVO: Conocer el impacto de la COVID-19 en la atención al parto y en el postparto a madres e hijos, y a sus parejas, así como la percepción de los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA:

- Revisión bibliográfica de la literatura en mayo de 2022.
- Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Lilacs y Scielo → formación de cadenas de búsqueda empleando las palabras clave y operadores Booleanos.
- Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2020 – 2022, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.
- Limitaciones: No se ha podido acceder a artículos de pago.

CONCLUSIONES:

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una reestructuración en la atención al embarazo, parto y postparto.

El embarazo por parto natural y la cesárea continúan estando recomendadas en las mujeres con COVID-19, así como la analgesia/anestesia epidural, salvo empeoramiento de la función respiratoria materna.

Las medidas adoptadas para evitar los contagios han generado repercusiones sobre la atención al parto y en el postparto, conllevando repercusiones negativas sobre madres e hijos, sus parejas y el personal sanitario que ofrece dicha atención.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Feijóo-Iglesias MB, Chorro LC, Escolar IB, Pascual AS, Rodríguez MAD, Diego RMA. Alta precoz y visita domiciliar puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 26 mayo 2022]; 95 (19): 1 – 18. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202108105.pdf 2. Vasilevski V, Sweet L, Bradfield Z, Wilson AN, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. Women Birth [Internet]. 2021 [citado 26 mayo 2022]; 27: 1 – 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.012> 3. Pavlidis P, Eddy K, Phung L, Farrington E, Connolly M, Lopes R, et al. Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period. Women Birth [Internet]. 2021 [citado 27 mayo 2022]; 34: 455 – 64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.015> 4. Vila-Candela R, Mena-Tudela D, Gómez-Seguí A, Asensio-Tomás N, Cervera-Gasch A, Herraiz-Soler Y. Management of labour, puerperium, and lactation in SARS-CoV-2 positive women. Multicentric study in the Valencian Community. Enferm Clínica [Internet]. 2021 [citado 27 mayo 2022]; 31: 184 – 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.006>

Palabras Clave: COVID19, Parto, Postparto, Cuidados de Enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El 11 de marzo de 2022, la OMS declaró la COVID-19 como pandemia a nivel mundial, generando una crisis sanitaria sin precedentes¹. El aumento de los contagios y de las hospitalizaciones provocó un aumento de la necesidad de camas y el reajuste de las Unidades de hospitalización para dar respuesta a la nueva situación¹. Al igual que muchas unidades, las unidades de obstetricia y ginecología tuvieron que reajustar su actividad asistencial, planteando nuevas alternativas de seguimiento del embarazo, de atención al parto y al postparto¹. Las modificaciones en la atención a las mujeres y a sus hijos, las nuevas restricciones y los cambios en los protocolos, han generado un impacto no solo en la díada materno – filial, sino también en las parejas, en las familias y en el propio personal sanitario².

Objetivo:

Conocer el impacto de la COVID-19 en la atención al parto y en el postparto a madres e hijos, y a sus parejas, así como la percepción de los profesionales sanitarios.

Metodología:

Revisión bibliográfica de la literatura en mayo de 2022.

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Lilacs y Scielo mediante formación de cadenas de búsqueda empleando las palabras clave y operadores Booleanos.

Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2020 – 2022, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.

Limitaciones: No se ha podido acceder a artículos de pago.

Resultados:

La reestructuración de la atención al embarazo, parto y puerperio ha cambiado durante la pandemia por COVID-19¹. La atención al parto ha ido cambiando, conforme la pandemia por COVID-19 ha ido progresando y se ha ido investigando y conociendo más aspectos sobre el impacto de la enfermedad en mujeres embarazadas. La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan el parto vaginal o la cesárea en mujeres afectadas por COVID-19, a menos que se requiera parto urgente debido a la afección respiratoria de la madre³.

El empleo de la anestesia epidural, sigue siendo una práctica segura para las mujeres en la atención al parto³. Asimismo, Pavlidis et al.³ en su revisión, señalan que no existe consenso sobre si es adecuado o no el pinzamiento tardío del cordón.

Existen factores que favorecen la adaptación al rol parental y la creación del vínculo entre madres, padres e hijos, siendo determinantes. El acompañamiento durante el proceso del parto, el contacto piel con piel, el colecho del bebé en la misma habitación que la madre y la lactancia ma-

terna son factores clave que han ido evolucionando a lo largo de la pandemia, puesto que evitar los contagios y la transmisión vertical del virus ha provocado la adopción de medidas estrictas que han afectado, no sólo a la díada, sino a las parejas y a los propios profesionales sanitarios ^{2,3,4}.

La interrupción de la educación maternal presencial, junto con falta de información, las restricciones de las visitas en las plantas de hospitalización y el cambio continuo de los protocolos, ha generado confusión y ansiedad en las madres, sus parejas y en el personal sanitario que los atienden ⁴. Por el contrario, el aislamiento y la restricción de las visitas han favorecido que las mujeres puedan descansar adecuadamente tras el parto ⁴.

Hospitales como por ejemplo el Hospital Universitario de la Paz, ha planteado el Alta Voluntaria Anticipada a madres que hayan tenido un parto vaginal sin complicación y del recién nacido sano, complementando la misma con una visita puerperal domiciliaria por parte de residentes R2 de matrona. Asimismo, otros hospitales han optado por otras modalidades de atención, reestructurando la misma en base a los requerimientos de la pandemia y la seguridad de madres e hijos ^{1,2}.

Conclusiones:

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una reestructuración en la atención al embarazo, parto y postparto.

El embarazo por parto natural y la cesárea continúan estando recomendadas en las mujeres con COVID-19, así como la analgesia / anestesia epidural, salvo empeoramiento de la función respiratoria materna.

Las medidas adoptadas para evitar los contagios han generado repercusiones sobre la atención al parto y en el postparto, conllevando repercusiones negativas sobre madres e hijos, sus parejas y el personal sanitario que ofrece dicha atención.

Bibliografía

1.- Feijóo-Iglesias MB, Chorro LC, Escolar IB, Pascual AS, Rodríguez MAD, Diego RMA. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 26 mayo 2022]; 95 (19): 1 – 18. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202108105.pdf

2.- Vasilevski V, Sweet L, Bradfield Z, Wilson AN, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. Women Birth [Internet]. 2021 [citado 26 mayo 2022]; 27: 1 – 10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.012>

3.- Pavlidis P, Eddy K, Phung L, Farrington E, Connolly M, Lopes R, et al. Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period. Women Birth [Internet]. 2021 [citado 27 mayo 2022]; 34: 455 – 64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.015>

4.- Vila- Candela R, Mena-Tudela D, Gómez-Seguí A, Asensio-Tomás N, Cervera-Gasch A, Herraiz-Soler Y. Management of labour, puerperium, and lactation in SARS-CoV-2 positive women. Multicentric study in the Valencian Community. Enferm Clínica [Internet]. 2021 [citado 27 mayo 2022]; 31: 184 – 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.006>

Capítulo 113

Impacto en la Violencia de Género en España debido a la pandemia por COVID-19

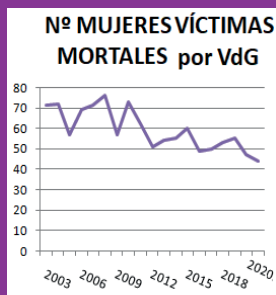
*Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes*

IMPACTO EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID-19.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; M^º LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:

Desde el año 2003 han sido asesinadas una media de 60 mujeres al año a causa de la violencia de género (VdG).



A lo largo del 2020 y debido a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 aparecieron nuevos factores (confinamiento general de la población, limitación de la movilidad y crisis social y económica) que potenciaron los elementos de la VdG en que se fundamenta: aislamiento de las víctimas con sus agresores y el aumento del control en el hogar junto con las restricciones de la movilidad abrieron la puerta al uso de la violencia en cualquiera de sus formas, complicaron el acceso de las víctimas y sus hijos a los recursos, y limitaron las oportunidades laborales de acceder a un trabajo en caso de salir de la situación de violencia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las estadísticas oficiales del Ministerio de Igualdad, Ministerio del Interior, CGPJ (Consejo General del Poder Judicial) y Ministerio de Sanidad, así como bibliografía especializada.

Palabras clave: violencia de género, covid-19, violencia contra la mujer, pandemia de COVID-19.

OBJETIVOS:

- Conocer el impacto de la pandemia en la VdG y en las circunstancias que forman parte del contexto de la violencia.
- Identificar los factores que han influido en el impacto de la pandemia sobre la VG.
- Describir factores de riesgo relacionados con la VdG.
- Proponer factores de protección sobre la VdG que se puedan introducir en la gestión del riesgo.

RESULTADOS:

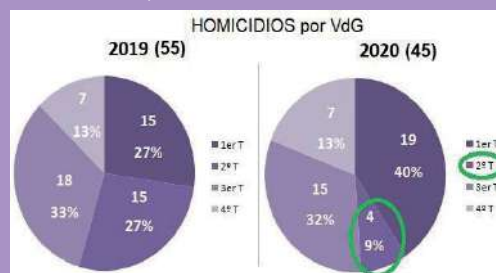
La pandemia de COVID-19 ha supuesto en nuestro país un impacto en la VdG caracterizada por:

→ Potenciar los factores más habituales que utilizan los agresores para ejercer la violencia: aislamiento, control estricto de la víctima...

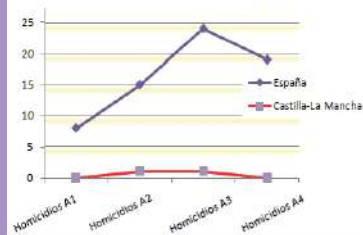
→ Limitar el acceso de las mujeres a los recursos asistenciales.

→ Al aumentar el control sobre las mujeres las agresiones son menos graves al igual que disminuyeron significativamente (22,8%) los homicidios por VdG, especialmente en el confinamiento.

El incremento durante el mes de agosto de 2020 puede estar relacionado con que coincidiera con periodo vacacional, con el descenso del paro femenino durante julio junto con la disminución de las limitaciones generadas por las circunstancias de la pandemia, y con el aumento del riesgo derivado de la percepción de la pérdida de control.



HOMICIDIOS por VdG EN LAS DISTINTAS FASES DE LA PANDEMIA COVID-19



A1 = entre el 14 de marzo del 2020 y el 20 de junio del 2020.
A2 = entre el 21 de junio del 2020 y el 9 de octubre del 2020.
A3 = entre el 10 de octubre del 2020 y el 9 de mayo del 2021.
A4 = entre el 10 de mayo del 2021 y el 30 de septiembre del 2021.

→ Aumento del 51,43% del nº de llamadas al 016 durante el confinamiento



→ Disminución del 10,3% respecto a 2019 en el número de denuncias en 2020, especialmente en el confinamiento.



→ El aumento del 12,3% del suicidio femenino en 2020 en relación a 2019 muestra el gran impacto que han sufrido las mujeres por la pandemia.

CONCLUSIONES

Los datos indican que bajo las circunstancias de la pandemia se ha producido un aumento de la VdG, y que la respuesta ante la misma y la atención a las víctimas se han visto dificultadas en este escenario.

Confinar a las mujeres maltratadas en el lugar donde sufren la violencia y al lado de quien la ejerce, tiene como consecuencia directa el incremento de la violencia y de la impunidad del agresor.

Esta situación indica que el impacto de la pandemia ha sido más profundo de lo que se podía pensar, lo cual debe llevar al diseño de medidas y políticas para abordar el escenario levantado por la pandemia.

Este estudio se trata de una primera aproximación de lo que pueden ser las circunstancias que envuelven a la violencia y la forma distinta de reaccionar ante los elementos que formen parte del contexto en el que se encuentran las mujeres maltratadas. Desgraciadamente, el impacto general de la pandemia sobre la VdG aún no se ha resuelto.

Los factores externos que facilitan la salida de las mujeres indican que deben incluirse entre las referencias y medidas dirigidas a gestionar el riesgo y mejorar la protección de las mujeres y sus hijos.

Resumen: La violencia de género (VdG) tiene su origen en las referencias culturales vinculadas a la identidad masculina y femenina que llevan a entender que forma parte de las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

A lo largo del 2020 y debido a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 aparecieron nuevos factores (confinamiento general de la población y limitación de la movilidad junto a una crisis social y económica) que potenciaron los elementos de la violencia de género en que se fundamenta.

Palabras Clave: Violencia de género, Pandemia de covid-19, Violencia contra la mujer

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1 define la violencia de género como, “*violencia que, como manifestación de la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*”.

Desde el año 2003 han sido asesinadas de media 60 mujeres al año por esta causa.

A lo largo de 2020 y debido a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 aparecieron nuevos factores (confinamiento general de la población, limitación de la movilidad y crisis social y económica) que potenciaron los elementos de la violencia de género en que se fundamenta: aislamiento de víctima con su agresor y el aumento del control en el hogar junto con las restricciones de la movilidad abrieron la puerta al uso de la violencia en cualquiera de sus formas, complicaron el acceso de las víctimas y sus hijos a los recursos, y limitaron las oportunidades laborales en caso de salir de la situación de violencia.

Objetivo:

- Conocer el impacto de la pandemia en la VdG y en las circunstancias que forman parte del contexto de la violencia.
- Identificar los factores que han influido en el impacto de la pandemia sobre la VdG.
- Describir factores de riesgo relacionados con la VdG.
- Proponer factores de protección sobre la VdG que se puedan introducir en la gestión del riesgo.

Material y Métodos:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las estadísticas oficiales del Ministerio de Igualdad, Ministerio del Interior, Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) y Ministerio de Sanidad, así como bibliografía especializada.

Resultados:

La pandemia de COVID-19 ha supuesto en nuestro país un impacto en la VdG caracterizada por:

- Potenciar los factores más habituales que utilizan los agresores para ejercer la violencia: aislamiento, control estricto de la víctima...

- Limitar el acceso de las mujeres a los recursos asistenciales.

- Al aumentar el control sobre las mujeres las agresiones son menos graves.

- El incremento del número de llamadas al 016 se refleja en el aumento de la violencia durante este periodo. A partir de marzo de 2020 se produjo un aumento del 51.43% y alcanzó las 25.667 llamadas en el segundo trimestre coincidiendo con los meses de restricción absoluta de la movilidad, el número más alto de toda la serie histórica.

- Disminución del 10.3% respecto a 2019 en el número de denuncias en 2020, según datos del CGPJ, fundamentalmente en el segundo trimestre, con un descenso del 14,6% respecto al mismo periodo de 2019. Este descenso tan acusado se produjo en las denuncias interpuestas por familiares, policía y partes de lesiones.

- Disminución del 22.8% en 2020 con 47 víctimas mortales de homicidios por VdG, especialmente en el confinamiento, respecto a la media anual en toda la serie histórica 2003-2019 (60,8 homicidios), y un descenso del 14,5 % respecto a los 55 homicidios de 2019. Este resultado se produce en un contexto en el que los homicidios venían aumentando desde 2016.

Es destacable el aumento importante del número de homicidios por VdG en el mes de agosto de 2020 que elevó la cifra total del tercer trimestre y que puede estar relacionado con que coincidiera con periodo vacacional, con el descenso del paro femenino durante julio junto con la disminución de las limitaciones generadas por las circunstancias de la pandemia, y con el aumento del riesgo derivado de la percepción de la pérdida de control.

- La violencia continuada genera un riesgo aumentado de letalidad que incrementa la probabilidad de homicidios, especialmente con la ruptura de la relación. La permanencia bajo la relación violenta conduce además, a un aumento de las consecuencias psicológicas y a un mayor estrés con incremento en el consumo por parte de las mujeres de medicación ansiolítica e hipnótica a lo largo de 2020, y de alteraciones más profundas que pueden conducir al suicidio.

- El aumento del 12,3% del suicidio femenino en 2020 respecto a 2019 muestra el gran impacto que han sufrido las mujeres por la pandemia.

Conclusiones:

Los datos indican que bajo las circunstancias creadas por la pandemia se ha producido un aumento de la VG, y que la respuesta ante la misma y la atención a las víctimas se han visto dificultadas en este escenario.

Confinar a las mujeres maltratadas en el lugar donde sufren la violencia y al lado de quien la ejerce, tiene como consecuencia directa el incremento de la violencia y de la impunidad del agresor.

Este estudio se trata de una primera aproximación de lo que pueden ser las circunstancias que envuelven a la violencia y la diferente forma de reaccionar a partir de los elementos que

formen parte del contexto en el que se encuentran las mujeres maltratadas. Desgraciadamente, el impacto general de la pandemia sobre la VG aún no se ha resuelto.

Los factores externos que facilitan la salida de las mujeres, indican que deben incluirse entre las referencias y medidas dirigidas a gestionar el riesgo y mejorar la protección de las mujeres.

Bibliografía

1.-Instituto Nacional de Estadística. Estadística de la Violencia Doméstica y de Género.2020. Disponible en:https://www.ine.es/prensa/evdvg_2020.pdf

2.-Lorente-Acosta, M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. Revista Española de Medicina Legal,2020; 46(3),139-145.

3.-Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Disponible en:<http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es>

4.-Ministerio de Igualdad. X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. 2016. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/Libro27_X_Informe2016.htm

5.-Universidad de Granada. Impacto de la pandemia por covid-19 en la violencia de género en España. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2022/estudios/impacto_covid19.htm

Capítulo 114

Importancia de las Proteínas en la mejoría de Úlceras por presión

*Paulero López, Noelia
Polo Camacho, Jesús Antonio
Rodrigo Sánchez, M^a Del Pilar
Díaz Rincón, Laura María*



IMPORTANCIA DE LAS PROTEÍNAS EN LA MEJORÍA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN



INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel y/o del tejido subyacente, que normalmente ocurren en los sitios de relieve óseo (sacro, espalda, talones, codos, glúteos, etc.) causados por presión (fuerza de gravedad), cizallamiento, fricción y/o combinación de los mismos. La presión ejercida provoca una reducción del flujo sanguíneo, necrosis celular, pérdida de continuidad cutánea, con la aparición de una herida abierta. Las UPP se clasifican según los tejidos afectados, profundidad de la lesión y severidad de la misma catalogándose en grados que van del I al IV.

Las consecuencias del aumento de las UPP son sustanciales y se observa una asociación significativa con la morbilidad, aumento de la estancia hospitalaria, y costos generales de salud; se ha demostrado que un cumplimiento de los protocolos integrales de prevención conduce a una reducción en su incidencia. La privación nutricional, el estrés catabólico y la ingesta dietética insuficiente, son factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP y lenta cicatrización de la úlcera.

La desnutrición es uno de los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de UPP.

Las heridas crónicas son aquellas que tardan más de 6 semanas en cicatrizar, debido a varios factores como: alteraciones en la circulación, infecciones, inmunodepresión o inflamación de los tejidos adyacentes a la herida.

Las UPP son lesiones localizadas en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión. Es frecuente en pacientes postrados o con movilidad reducida.

Palabras clave: Úlcera por presión, anciano, proteínas.



OBJETIVO

Analizar la importancia de la nutrición en la evolución de las úlceras por presión y como una buena ingesta de proteínas favorece la cicatrización de las mismas.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica y existente entre 2019-2022 en relación con las úlceras por presión y la alimentación.

Las bases de datos y sitios web consultadas han sido: Scielo, Pubmed (Medline), Cuiden y Google académico.

RESULTADOS

El proceso de cicatrización consta de tres etapas: inflamatoria, proliferativa y de remodelación. El paso de una etapa a otra es multifactorial, las heridas crónicas

generalmente no cicatrizan, producto de una inflamación sostenida.

El perfil nutricional está asociado a estado inflamatorio exacerbado y bajo peso producto de una menor ingesta energética. Una nutrición adecuada en personas con este tipo de heridas es fundamental para una buena cicatrización.

La malnutrición calórica proteica (MCP) y el exceso de peso corporal son un factor de riesgo para desarrollar UPP.

Por lo tanto, el estado nutricional es un elemento decisivo en el riesgo de desarrollar heridas crónicas y en la evolución de estas lesiones.

Clasificación de úlcera por presión:
I Piel intacta con eritema, cambios en la sensibilidad, temperatura o firmeza pueden preceder de cambios visuales
II Pérdida parcial de la piel con dermis expuesta, el lecho de la herida es rosa o rojo, húmedo y puede presentarse como una ampolla llena de suero intacta o rota
III Pérdida total de la piel, el tejido adiposo es visible, no están expuestos el músculo, tendón, cartilago y/o hueso
IV Pérdida de piel y tejidos. Fascia expuesta o directamente palpable, músculo, tendón, ligamento, cartilago o hueso en la úlcera pueden ser visibles.



PROTEÍNAS

Las proteínas son necesarias para la cicatrización de heridas, ya que promueven la proliferación de fibroblastos, los cuales sintetizan colágeno. Se recomienda que su ingesta se distribuya regularmente en 3 comidas, ya que de esa forma se mejoraría el equilibrio proteico, maximizando la acumulación de proteínas musculares, y favoreciendo su utilización biológica.

La ingesta de proteínas necesaria para lograr un balance nitrogenado en equilibrio oscila entre 0,75 a 1,6 g/kg/día, según la condición y gravedad de la herida, estimándose que, a mayor área y volumen de la herida, es mayor también el catabolismo muscular.

Las proteínas en pacientes con UPP son necesarias para la síntesis de tejido nuevo, homeostasis, función inmune, reepitelización, entre otras. La severa privación de proteínas conduce a una cicatrización deteriorada, una afección en la resistencia a la rotura de heridas en la piel y la fascia, edema y un aumento de la probabilidad de infección de la herida.

El uso de fórmulas enriquecidas con arginina se ha asociado de forma significativa con mejora en la curación de heridas y modulación de la inflamación y la respuesta inmune.

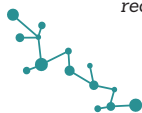
CONCLUSIONES

La aparición de UPP está directamente relacionada con la existencia de los factores de riesgo: inmovilidad, edad, deshidratación, fricción, cizallamiento y malnutrición, siendo este último uno de los más importantes e influyentes sobre las lesiones.

Aunque los suplementos de proteínas y aminoácidos para su tratamiento carecen de evidencia científica clara, es evidente que una buena alimentación compuesta por todos los nutrientes pueden prevenir o favorecer la cicatrización de las UPP y es crucial para mejorar la condición nutricional del paciente.

Todo paciente con UPP debe de ser evaluado nutricionalmente y tener un plan de cuidado nutricional individualizado, hay que lograr un consumo vía oral de las cantidades adecuadas de hidratación, energía, macronutrientes y micronutrientes clave.

En conclusión, el tratamiento nutricional en la cicatrización de UPP es importante, pero aún falta evidencia de calidad para sustentar varias recomendaciones.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kreindl Christine, Basfi-fer Karen, Rojas Pamela, Carrasco Gabriela. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Rev chil Nutr. 2019; 48(2): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200197&lng=es

2. ÁLVAREZ L. GÁLVEZ J. DELGADO J. ARTEAGA C. & FRIAS-TORAL E. Soporte nutricional especializado en el tratamiento de úlceras por presión. Enferm. Dermatol. 2020;14(2): 26-34. DOI: 10.29328/5779504

3. Raga-Morales M. Casanova-Vila C. Fenolloso-García E. Pérez-Folgado M. Pérez-Bermejo M. Relación entre nutrición y cicatrización de úlceras por presión: una revisión de la literatura. Revista de nutrición clínica y nutricional. Revista de la asociación colombiana de nutrición clínica. 11 de septiembre de 2020. Publicada en el número 41, 2. <https://doi.org/10.26434/chemrxiv-2020-11-11>

Resumen: Las úlceras por presión son lesiones de la piel y/o del tejido subyacente, que ocurren con mayor frecuencia en adultos hospitalizados o institucionalizados, se asocian a una mayor morbimortalidad. Una alimentación inadecuada es un factor de riesgo para la aparición de éstas y la lenta cicatrización de la úlcera. Las proteínas son necesarias para la síntesis de tejido nuevo, homeostasis, función inmune, re-epitelización, entre otras. Su privación, conduce a una cicatrización deteriorada, una afección en la resistencia, a la rotura de heridas en la piel y la fascia, edema y un aumento de la probabilidad de infección de la herida.

Palabras Clave: Úlcera por presión, Proteínas, Anciano

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel y/o del tejido subyacente, que normalmente ocurren en los sitios de relieve óseo (sacro, es-palda, talones, codos, glúteos, etc.) causados por presión (fuerza de gravedad), cizallamiento, fricción y/o combinación de los mismos. La presión ejercida provoca una reducción del flujo sanguíneo, necrosis celular, pérdida de continuidad cutánea, con la aparición de una herida abierta. Las UPP se clasifican según los tejidos afectados, profundidad de la lesión y severidad de la misma catalogándose en grados que van del I al IV.

Las consecuencias del aumento de las UPP son sustanciales y se observa una asociación significativa con la morbimortalidad, aumento de la estancia hospitalaria, y costos generales de salud; se ha demostrado que un cumplimiento de los protocolos integrales de prevención conduce a una reducción en su incidencia. La privación nutricional, el estrés catabólico y la ingesta dietética insuficiente, son factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP y lenta cicatrización de la úlcera.

La desnutrición es uno de los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de UPP.

Las heridas crónicas son aquellas que tardan más de 6 semanas en cicatrizar, debido a varios factores como: alteraciones en la circulación, infecciones, inmunodepresión o inflamación de los tejidos adyacentes a la herida.

Las UPP son lesiones localizadas en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión. Es frecuente en pacientes postrados o con movilidad reducida.

Objetivo:

Analizar la importancia de la nutrición en la evolución de las úlceras por presión y como una buena ingesta de proteínas favorece la cicatrización de las mismas.

Material y Métodos:

Se realiza búsqueda bibliográfica y existente entre 2019-2022 en relación con las úlceras por presión y la alimentación. Las bases de datos y sitios web consultadas han sido: Scielo, Pubmed (Medline), Cuiden y Google académico.

Resultados:

El proceso de cicatrización consta de tres etapas: inflamatoria, proliferativa y de remodelación. El paso de una etapa a otra es multifactorial, las heridas crónicas

generalmente no cicatrizan, producto de una inflamación sostenida.

El perfil nutricional está asociado a estado inflamatorio exacerbado y bajo peso producto de una menor ingesta energética. Una nutrición adecuada en personas con este tipo de heridas es fundamental para una buena cicatrización.

La malnutrición calórica proteica (MCP) y el exceso de peso corporal son un factor de riesgo para desarrollar UPP.

Por lo tanto, el estado nutricional es un elemento decisivo en el riesgo de desarrollar heridas crónicas y en la evolución de estas lesiones.

Clasificación de úlcera por presión:

I Piel intacta con eritema, cambios en la sensibilidad, temperatura o firmeza pueden preceder de cambios visuales

II Pérdida parcial de la piel con dermis expuesta, el lecho de la herida es rosa o rojo, húmedo y puede presentarse como una ampolla llena de suero intacta o rota

III Pérdida total de la piel, el tejido adiposo es visible, no están expuestos el músculo, tendón, cartílago y/o hueso

IV Pérdida de piel y tejidos. Fascia expuesta o directamente palpable, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso en la úlcera pueden ser visibles.

Proteínas

Las proteínas son necesarias para la cicatrización de heridas, ya que promueven la proliferación de fibroblastos, los cuales sintetizan colágeno. Se recomienda que su ingesta se distribuya regularmente en 3 comidas, ya que de esa forma se mejoraría el equilibrio proteico, maximizando la acumulación de proteínas musculares, y favoreciendo su utilización biológica.

La ingesta de proteínas necesaria para lograr un balance nitrogenado en equilibrio oscila entre 0,75 a 1,6 g/kg/día, según la condición y gravedad de la herida, estimándose que, a mayor área y volumen de la herida, es mayor también el catabolismo muscular.

Las proteínas en pacientes con UPP son necesarias para la síntesis de tejido nuevo, homeostasis, función inmune, re-epitelización, entre otras. La severa privación de proteínas conduce a una cicatrización deteriorada, una afección en la resistencia a la rotura de heridas en la piel y la fascia, edema y un aumento de la probabilidad de infección de la herida.

El uso de fórmulas enriquecidas con arginina se ha asociado de forma significativa con mejora en la curación de heridas y modulación de la inflamación y la respuesta inmune.

Conclusiones:

La aparición de UPP está directamente relacionada con la existencia de los factores de riesgo: inmovilidad, edad, deshidratación, fricción, cizallamiento y malnutrición, siendo este último uno de los más importantes e influyentes sobre las lesiones.

Aunque los suplementos de proteínas y aminoácidos para su tratamiento carecen de evidencia científica clara, es evidente que una buena alimentación compuesta por todos los nutrientes, puede prevenir o favorecer la cicatrización de las UPP y es crucial para mejorar la condición nutricional del paciente.

Todo paciente con UPP debe de ser evaluado nutricionalmente y tener un plan de cuidado nutricional individualizado, hay que lograr un consumo vía oral de las cantidades adecuadas de hidratación, energía, macronutrientes y micronutrientes clave.

En conclusión, el tratamiento nutricional en la cicatrización de UPP es importante, pero aún falta evidencia de calidad para sustentar varias recomendaciones.

Bibliografía

1.-Kreindl Christine, Basfi-fer Karen, Rojas Pamela, Carrasco Gabriela. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mar 13] ; 46(2): 197-204. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200197&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182019000200197>.

2.-ÁLVAREZ, L.; GÁLVEZ, J.; DELGADO, J.; ARTEAGA, C. & FRIAS-TORAL, E. Soporte nutricional especializado en un paciente con úlceras por presión: un informe de caso. J. health med. sci., 7(1): 25-30, 2021.

3.-Raga-Morales M, Casanova-Vila C, Fenollosa-García E, Pérez-Folgado M, Pérez-Bermejo M. Relación entre nutrición y desarrollo de úlceras por presión. Enferm Dermatol. 2020;14(39): 29-35. DOI: 10.5281/zenodo.3779924

4.-Claudia Patricia Maza Moscoso, Iván Armando Osuna - Padilla, Patricia Paulina Maldonado Valadez. Manejo nutricional del paciente con úlceras por presión: una revisión de la literatura. Revista de nutrición clínica y metabolismo. Revista de la asociación colombiana de nutrición clínica. 11 de septiembre de 2020. Publicada en el numero 4(1) de marzo de 2021. <https://revistanutricionclinicametabolismo.org> ›

Capítulo 115

Imposibilidad de agarre al pecho en lactante recién nacido por anquiloglosia

*García de Mateos Muñoz, Silvia
Donate Manzanares, Miriam
López Campos, Juana
Fernández Molina, M^a Ángeles*

IMPOSIBILIDAD DE AGARRE AL PECHO EN LACTANTE RECIÉN NACIDO POR ANQUILOGLOSIA

Silvia García de Mateos Muñoz, Miriam Donate Manzanares, Juana López Campos, M^a Ángeles Fernández Molina

Introducción

Presentamos el caso de un varón nacido a término con un peso de 3.550 gr por parto eutócico. El bebé realiza contacto piel con piel ininterrumpido mostrando interés por el pecho a los 20 minutos, pero siendo incapaz de realizar el agarre de manera espontánea o dirigida. Tras el paso a planta y tras cuatro horas sin conseguir agarre, la madre comienza extracciones de calostro y administración de éste con sistema dedo-jeringa. En la maternidad se les ofrece el uso de pezonera con la que el bebé tampoco consigue el agarre, por lo que se le pautan biberones cada 3 horas. La madre comienza extracciones seriadas iniciando la lactogénesis II a las 48 h, consiguiendo una buena producción láctea instaurando así una lactancia diferida.

AP

Mujer de 29 años, embarazo controlado, sin antecedentes de patologías de base, primigesta de 39+6 semanas. Parto de inicio espontáneo con analgesia epidural. Pecho simétrico con pezones protractiles.

ANTECEDENTES

No consigue agarre espontáneo ni dirigido. Cabeceo y búsqueda sin llegar a prenderse. Extracción manual de calostro durante 24 horas cada hora y media durante el día y cada 3 horas de noche administrada con sistema dedo-jeringa. A las 24 horas comienza extracción con sacaleches doble eléctrico, aumentando el volumen extraído a 20 ml/toma. A las 48 horas se inicia Lactogénesis II, tras la cual ella espacia extracciones cada 2 horas durante el día y cada 3 horas de noche. Contacto piel con piel continuado.

1ª CONSULTA MATRONA

Realizada el tercer día de vida del bebé. Llegan a consulta con lactancia diferida a demanda ofrecida con biberón hospitalario. El bebé ha perdido un 5% del peso al alta. Exploración neonato: Se objetiva anquiloglosia con frenillo tipo II de Coryllos con test para valoración de anquiloglosia Hazelbaker modificado de 0 (Tabla adjunta) Exploración madre: Pecho ingurgitado con buen control del edema gracias a las extracciones seriadas.

Proponemos el agarre espontáneo en postura biológica y guiado con agarre en "tacita de té", viendo la imposibilidad total del bebé para agarrarse debido a su anquiloglosia. Se explica a la familia y se procede a la frenotomía. Se lleva a cabo la intervención sin complicaciones. Tras la intervención no se consigue agarre al pecho. Se pautan ejercicios de estiramiento de la cicatriz sublingual y se dan pautas para optimizar extracciones. Cambiamos a sistema dedo-jeringa alternando con biberón de bajo flujo tras informar a la familia sobre los diferentes métodos de suplementación.

2ª CONSULTA. REVISIÓN POSTFRENOTOMÍA.

Se observa rombo cicatricial sublingual en buen estado y sin adherencias. Tono lingual en aumento. No han conseguido agarre al pecho. Se propone a la madre utilizar una pezonera de talla correcta, consiguiendo en consulta agarre dirigido y toma efectiva. Continúan ofreciendo suplemento de leche extraída tras las tomas.

SEGUIMIENTO

Se hace un seguimiento y rehabilitación de la cicatriz 6 semanas postintervención con matrona, fisioterapeuta pediátrico y logopeda. Recibe el alta. Tras tres semanas postintervención la madre consigue retirar la pezonera y los suplementos de leche extraída de manera paulatina con las pautas recibidas en consulta. Continúan con lactancia materna a día de hoy ocho meses después.

Ítem	Tipos	Hazelbaker de	Puntuación
Apertura de la lengua cuando sale:			
1. Anquiloglosia completa			
2. Frenillo muy adherente en la punta			
3. Frenillo de Coryell o intermedio			
Distorsión del frenillo:			
4. Ninguna			
5. Moderadamente visible			
6. Muy poco o nada visible			
Longitud del frenillo (medido con la lengua extendida):			
7. < 1 cm			
8. 1-1,5 cm			
9. > 1,5 cm			
Uso del frenillo a la lengua:			
10. Frenillo adherente			
11. No adherente			
12. Frenillo de Coryell			
Espesor del frenillo (medido):			
13. Frenillo que puede ser tocado a nivel de la punta del hueso			
14. Frenillo que puede ser tocado a nivel de la punta del hueso			
15. Frenillo que no puede ser tocado			
TOTAL:			

NOTAS: 0 = normal, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = severa, 4 = muy severa.

INDICADORES Y SIGNOS ASOCIADOS	COMPARACIÓN DEL DOCTOR (EVA)
• Anquiloglosia	• Frenillo adherente
• Cicatriz de agarre al pecho	• Toma mala agarre
• Dolor al agarrar al pecho	• Postura anormal
• Frenillo de Coryell	
• Color de la lengua	
• Anquiloglosia parcial	
• Frenillo que no se puede tocar	
• Anquiloglosia leve	
• Anquiloglosia moderada	
• Lengua que sale del labio	
• Lengua que sale del labio	
• Frenillo que no se puede tocar	
• Frenillo que no se puede tocar	
• Anquiloglosia moderada	
• Anquiloglosia	

PLAN DE CUIDADOS



Conclusiones

- La anquiloglosia es un problema real infradiagnosticado y desconocido que ha hecho fracasar muchas lactancias a lo largo de la historia.
- Saber diagnosticar y tratar esta alteración anatómica en los bebés es necesario en las consultas de lactancia especializadas.
- Todo profesional en contacto con bebés y madres lactantes debería recibir formación en el diagnóstico de anquiloglosia.
- La anquiloglosia no es una moda y puede afectar no solo a la lactancia, sino a la malposición dental, al desarrollo del paladar y vía aérea superior, la masticación, pronunciación, y otras esferas que pueden afectar durante toda la vida de ese bebé.

Resumen: Los resúmenes tendrán un contenido máximo de 100 palabras (sin incluir bibliografía) y deberá aportar suficiente información sobre el contenido del trabajo presentado, de modo que sea posible valorar la relevancia del trabajo presentado.

Recién nacido a término en parto eutócico con un peso de 3550 g.

El bebé realiza piel con piel ininterrumpido en las primeras horas mostrando interés por el pecho pero siendo imposible el agarre, por lo que inicia lactancia diferida. El tercer día de vida en consulta objetivamos frenillo tipo dos con test Hazelbaker modificado de cero.

Se procede a la frenectomía y a la rehabilitación. El tercer día el bebé consigue agarre con pezoneras y tres semanas después se retiran estas y los suplementos de leche materna extraída.

Palabras Clave: Anquiloglosia, Lactancia materna, Frenillo lingual

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Presentamos en el caso de un varón nacido a término con un peso de 3.550 gr por parto eutócico.

El bebé realiza contacto piel con piel ininterrumpido mostrando interés por el pecho a los 20 minutos pero siendo incapaz de realizar el agarre de manera espontánea ni dirigida.

Tras el paso a planta y tras cuatro horas sin conseguir agarre la madre comienza extracciones de calostro y administración de este con sistema dedo-jeringa.

En la maternidad se les ofrece el uso de pezonera con la que el bebé tampoco consigue el agarre, por lo que se les pautan biberones cada 3 horas. La madre comienza extracciones pautadas consiguiendo la lactogénesis II a las 48 h y una buena producción láctea instaurando así una lactancia diferida.

Mujer de 29 años, embarazo controlado, sin antecedentes de patologías de base, primigesta de 39+6 semanas. Parto de inicio espontáneo con analgesia epidural.

Pecho simétrico con pezones protráctiles..

Observación Clínica:

No consigue agarre espontáneo ni dirigido. Cabeceo y búsqueda sin llegar a prederse. Extracción manual de calostro durante 24 h cada hora y media durante el día y cada 3 horas de noche administrada con sistema dedo-jeringa. A las 24 h comienza con extracción con sacaleches doble eléctrico aumentando el volumen extraída a 20 ml/toma. A las 48 h se produce Lactogénesis II, espaciando extracciones cada 2 h durante el día y 3 h de noche. Contacto piel con piel continuado.

Plan de Cuidados:

1ª CONSULTA MATRONA

Tercer día de vida del bebé. Llegan a consulta con lactancia diferida a demanda ofrecida con biberón hospitalario. El bebé ha perdido un 5% del peso al alta.

Exploración neonato: Se objetiva anquiloglosia con frenillo tipo II de Coryllos con Hazelbaker modificado de 0.

Exploración madre: Pecho ingurgitado con buen control del edema gracias a las extracciones seriadas.

Intentamos el agarre espontáneo en postura biológica y guiado con agarre en tacita de té viendo la imposibilidad total del bebé por su anquiloglosia.

Se explica a la familia y se procede a la frenotomía. Se lleva a cabo la intervención sin complicaciones sin conseguir agarre al pecho. Se pautas ejercicios de estiramiento de la cicatriz y se dan pautas para optimizar extracciones. Cambiamos a sistema dedo jeringa y biberón de bajo flujo (porque así lo prefiere la familia)

2ª CONSULTA. REVISIÓN POSTFRENOTOMÍA.

Se observa rombo cicatricial en buen estado, no adherido. Tono lingual en aumento. No han conseguido agarre al pecho. Se propone a la madre utilizar una pezonera de talla correcta consiguiendo en consulta agarre dirigido y toma efectiva. Continúan ofreciendo suplemento de leche extraída tras las tomas.

SEGUIMIENTO

Se hace un seguimiento y rehabilitación de la cicatriz 6 semanas pos intervención con matrona, fisioterapeuta pediátrico y logopeda. Recibe el alta.

A las tres semanas pos intervención la madre consigue retirar la pezonera los suplementos manteniendo la lactancia materna exclusiva hasta hoy, ocho meses después.

Conclusión:

La anquiloglosia es un problema real infradiagnosticado y desconocido que ha hecho fracasar muchas lactancias a lo largo de la historia.

Saber diagnosticar y tratar esta alteración anatómica en los bebés es necesario en las consultas de lactancia especializadas Todo profesional en contacto con bebés y madres lactantes debería recibir formación en el diagnóstico de anquiloglosia.

La anquiloglosia no es una moda y puede afectar no solo a la lactancia, si no a la malposición dental, desarrollo del paladar y vía aérea superior, masticación, pronunciación, y otras esferas que pueden afectar durante toda la vida de ese bebé.

Bibliografía

1.- Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. Int Breastfeed J. 2006 Mar 9;1(1):3. doi: 10.1186/1746-4358-1-3. PMID: 16722609; PMCID: PMC1464379.

2. Martinelli RL, Marchesan IQ, Gusmão RJ, Honório HM, Berretin-Felix G. The effects of frenotomy on breastfeeding. *J Appl Oral Sci.* 2015 Mar-Apr;23(2):153-7. doi: 10.1590/1678-775720140339. PMID: 26018306; PMCID: PMC4428459.
3. Dollberg S, Marom R, Botzer E. Lingual frenotomy for breastfeeding difficulties: a prospective follow-up study. *Breastfeed Med.* 2014 Jul-Aug;9(6):286-9. doi: 10.1089/bfm.2014.0010. Epub 2014 Jun 3. PMID: 24892968.
4. Srinivasan A, Al Khoury A, Puzhko S, Dobrich C, Stern M, Mitnick H, Goldfarb L. Frenotomy in Infants with Tongue-Tie and Breastfeeding Problems. *J Hum Lact.* 2019 Nov;35(4):706-712. doi: 10.1177/0890334418816973. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30543756.
5. Baxter DMD MS, Richard. "Lengua Atada: Cómo un Diminuto Pedacito de Tejido Debajo de la Lengua Impacta la Lactancia, el Habla, la Alimentación y Más (Spanish Edition)". ISBN 10: 1732508224

Capítulo 116

Infección por COVID y Alteraciones en el ciclo Menstrual

Sánchez Manso, Carolina Laura

Infección por COVID y Alteraciones en el ciclo Menstrual

Sánchez Manso Carolina Laura. Atención Primaria Valladolid Oeste



Objetivos

La enfermedad COVID 19 ha mostrado su afectación a nivel respiratorio, circulatorio y digestivo con efectos a corto y largo plazo. Las alteraciones en los ejes hormonales y en la coagulación que produce pueden derivar en alteraciones en los ciclos menstruales y la ovulación.

Introducción

Recapitular los resultados de los estudios existentes en la literatura científica sobre la relación entre las alteraciones en el ciclo menstrual y la enfermedad de COVID 19.

1

2

3

Material y Método

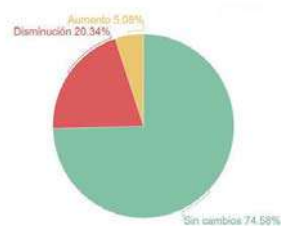
Revisión Bibliográfica entre los años 2020 y 2022 en las siguientes Bases de Datos: PUBMED y ELSEVIER usando los siguientes descriptores: covid, covid 19, menstruación, menstrual, ovario.

Se descartaron varios estudios por no relacionar directamente las alteraciones menstruales y el COVID sino otros factores, como la vacunación. se decidió elegir como estudio más representativo uno retrospectivo realizado en el Hospital Tongji con 237 mujeres en edad fértil con COVID-19 confirmado 177 de ellas con antecedentes menstruales completos.

4

Resultados

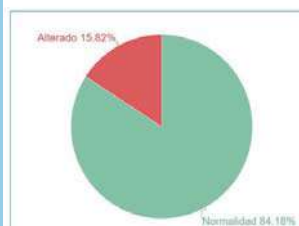
Volumen Menstrual



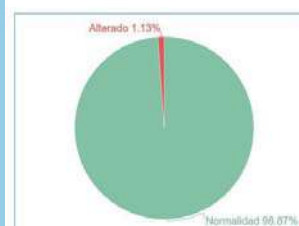
Ciclo Menstrual (Días)



Seguimiento Volumen



Seguimiento Ciclo



5

Conclusiones

El estudio analizado no arroja diferencias significativas que indiquen que la infección por COVID 19 afecta al volumen menstrual o a la duración de los ciclos.

Se realizó en las mujeres que requirieron ingreso por COVID 19 porque manifestaron la enfermedad de forma más grave. No han valorado, por tanto, a las mujeres que siendo diagnosticadas de COVID 19 no presentaran complicaciones multisistémicas graves o fueran éstas leves.

No se ha tenido en cuenta si la afectación en los ciclos menstruales se debe a realmente la actuación del COVID 19 sobre el organismo o es resultado del propio estrés derivado de la enfermedad o del proceso de hospitalización. Se podría completar este estudio haciendo una valoración psicológica de las participantes.

A día de hoy habiendo recibido la población una pauta completa de vacunación se añade otro factor a tener en cuenta en una mujer con alteraciones menstruales.

La bibliografía encontrada es incierta y no se dispone de información con una validez externa suficiente.

Resumen: El COVID 19 tiene una afectación multisistémica. Además de sus efectos a corto y largo plazo sobre los sistemas pulmonar, cardiovascular y digestivo se han detectado experiencias de mujeres que han visto alterados sus ciclos menstruales después de padecer la enfermedad. Se ha revisado la bibliografía existente y se ha elegido un estudio realizado sobre mujeres ingresadas por COVID. Al analizarlo no se encuentran diferencias significativas, pero puede abrir camino para el estudio al no haber considerado otras variables.

Palabras Clave: Menstruación, Menstrual, COVID

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad COVID 19 ha mostrado su afectación a nivel respiratorio, circulatorio y digestivo con efectos a corto y largo plazo. Las alteraciones en los ejes hormonales y en la coagulación que produce pueden derivar en alteraciones en los ciclos menstruales y la ovulación.

Objetivos:

Recapitular los resultados de los estudios existentes en la literatura científica sobre la relación entre las alteraciones en el ciclo menstrual y la enfermedad de COVID 19.

Material y Método:

Revisión Bibliográfica entre los años 2020 y 2022 en las siguientes Bases de Datos: PUBMED y ELSEVIER usando los siguientes descriptores: COVID, COVID 19, menstruación, menstrual, ovario.

Se descartaron varios estudios por no relacionar directamente las alteraciones menstruales y el COVID sino otros factores, como la vacunación. se decidió elegir como estudio más representativo uno retrospectivo realizado en el Hospital Tongji con 237 mujeres en edad fértil con COVID-19 confirmado 177 de ellas con antecedentes menstruales completos.

Resultados:

VOLUMEN:

132 (75%) pacientes que no tuvieron cambios en el volumen menstrual

36 (20%) pacientes que tuvieron una disminución significativa en el volumen menstrual

9 (5%) pacientes que tuvieron un aumento en el volumen menstrual

CICLO MENSTRUAL:

25 (14%) pacientes con un ciclo menstrual menor a 28 días

66 (37%) con un ciclo menstrual entre 28 y 32 días

31 (18%) con un ciclo menstrual entre 33 y 37 días

43 (24%) con un ciclo menstrual mayor a 37 días

12 (7%) con trastorno del ciclo.

SEGUIMIENTO, después de 1 a 2 meses del alta

84 % volvió a un volumen menstrual normal

99 % de las pacientes volvieron a su ciclo normal

Conclusiones:

El estudio analizado no arroja diferencias significativas que indiquen que la infección por COVID 19 afecta al volumen menstrual o a la duración de los ciclos.

Se realizó en las mujeres que requirieron ingreso por COVID 19 porque manifestaron la enfermedad de forma más grave. No han valorado, por tanto, a las mujeres que siendo diagnosticadas de COVID 19 no presentaran complicaciones multisistémicas graves o fueran éstas leves.

No se ha tenido en cuenta si la afectación en los ciclos menstruales se debe a realmente la actuación del COVID 19 sobre el organismo o es resultado del propio estrés derivado de la enfermedad o del proceso de hospitalización. Se podría completar este estudio haciendo una valoración psicológica de las participantes.

A día de hoy habiendo recibido la población una pauta completa de vacunación se añade otro factor a tener en cuenta en una mujer con alteraciones menstruales.

La bibliografía encontrada es incierta y no se dispone de información con una validez externa suficiente.

Bibliografía

1.- Li K, Chen G, Hou H, Liao Q, Chen J, Bai H, Lee S, Wang C, Li H, Cheng L, Ai J. Analysis of sex hormones and menstruation in COVID-19 women of child-bearing age. *Reprod Biomed Online*. 2021 Jan;42(1):260-267. doi: 10.1016/j.rbmo.2020.09.020. Epub 2020 Sep 29. PMID: 33288478; PMCID: PMC7522626.

2.- Danesh L, Ali A, Aslam I, Mensah-Djan A. The effects of SARS-CoV-2 on menstruation. *Reprod Biomed Online*. 2021 Oct;43(4):769. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.08.014. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34489182; PMCID: PMC8378059.

3.- Li F, Lu H, Zhang Q, Li X, Wang T, Liu Q, Yang Q, Qiang L. Impact of COVID-19 on female fertility: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2021 Feb 25;11(2):e045524. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045524. PMID: 33632754; PMCID: PMC7908052.

Capítulo 117

Ingreso involuntario en un Centro Sociosanitario a propósito de un caso de Síndrome de Diógenes

*Bueno Mateos, Ana
Pereira Soto, Victoria*

INGRESO INVOLUNTARIO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE DIÓGENES

SATSE

Ana Bueno Mateos, Victoria Pereira Soto

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno crónico del comportamiento caracterizado por el aislamiento social, el abandono del autocuidado y el almacenaje de cantidades ingentes de basura. Su incidencia es mayor en mujeres en torno a los 75 años, habitualmente solteras o viudas, que no reconocen su patología y rechazan cualquier tipo de ayuda sociosanitaria. Esto dificulta la identificación de los casos, y retrasa una solución precoz y efectiva. La intervención de las autoridades surge cuando las condiciones de salubridad y seguridad pública son insostenibles, y mediante orden judicial se puede solicitar el ingreso involuntario de la persona en un centro sociosanitario, activándose así los Servicios Sociales.



OBSERVACIÓN CLÍNICA: Mujer de 78 años que ingresa en el centro sociosanitario (Residencia de Mayores) a las 19 p.m. tras haber sido desalojada de su casa por orden judicial debido a las condiciones de insalubridad de la vivienda y a las múltiples denuncias de sus vecinos. Vivía con su marido, que falleció hace 2 años, no tiene hijos y los apoyos sociales que conservaba los ha ido perdiendo. Recibe una pensión de viudedad. Al ingreso su actitud es de enfado y desconcierto, presenta nula conciencia sobre su enfermedad, tiene la tensión arterial (TA) elevada y quiere saber dónde están sus pertenencias. Presenta abandono del autocuidado, tanto a nivel de higiene como de alimentación y salud. No toma ninguna medicación. Se realiza valoración utilizando los Patrones Funcionales de M. Gordon.



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO: Realizado según Taxonomías NANDA-NOC-NIC

[00108] Déficit de autocuidado: Baño/Higiene r/c autonegligencia m/p aspecto desaliñado.

NOC: 0001 RESISTENCIA. 00011 Realización de la rutina habitual.

NIC: 1804 AYUDA AL AUTO-CUIDADO: ASEO.

- Enseñar al paciente o a cuidadores las rutinas del aseo

[00002] Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución del apetito m/p falta de interés por la comida.

NOC: 1004 ESTADO NUTRICIONAL. 100402 Ingestión alimentaria. 100405 Relación peso/talla.

NIC: 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE.

- Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.

[00053] Aislamiento social r/c incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias m/p conductas inapropiadas para el nivel de desarrollo.

NOC: 1502 HABILIDADES EN INTERACCIÓN SOCIAL. 1500212 Relaciones con los demás.

NIC: 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.

- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El inicio precoz de las actividades consiguió restablecer su capacidad de autocuidado y sus relaciones sociales. Los indicadores mejoran en los diagnósticos [00108] y [00053] de 1 a 4, y en el caso del [00002] de 1 a 3 por falta de acuerdo. El papel de la enfermería ha sido fundamental durante su adaptación al centro, así como la participación de la trabajadora social y la psicóloga en el plan de cuidados. Está en nuestras manos que, tras la detección temprana, seamos capaces de devolver la capacidad funcional al individuo diagnosticado de SD.

Resumen: El Síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno crónico del comportamiento caracterizado por el aislamiento social, el abandono del autocuidado y el almacenaje de cantidades ingentes de basura. Las autoridades sanitarias pueden solicitar en ingreso involuntario en centro sociosanitario por orden judicial.

Mujer que ingresa en el centro sociosanitario tras haber sido desalojada de su casa. Se realiza valoración a su ingreso mediante los Patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identifican los diagnósticos (NANDA) y se planifican objetivos (NOC) y resultados (NIC) para la elaboración del plan de cuidados. La intervención precoz del equipo multidisciplinar consigue mejorar la capacidad funcional del individuo.

Palabras Clave: Menstruación, Menstrual, COVID

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno crónico del comportamiento caracterizado por el aislamiento social, el abandono del autocuidado y el almacenaje de cantidades ingentes de basura. Su incidencia es mayor en mujeres en torno a los 75 años, habitualmente solteras o viudas, que no reconocen su patología y rechazan cualquier tipo de ayuda sociosanitaria. Esto dificulta la identificación de los casos, y retrasa una solución precoz y efectiva. La intervención de las autoridades surge cuando las condiciones de salubridad y seguridad pública son insostenibles, y mediante orden judicial se puede solicitar el ingreso involuntario de la persona en un centro sociosanitario, activándose así los Servicios Sociales.

Observación Clínica:

Mujer de 78 años que ingresa en el centro sociosanitario (Residencia de Mayores) a las 19 p.m. tras haber sido desalojada de su casa por orden judicial debido a las condiciones de insalubridad de la vivienda y a las múltiples denuncias de sus vecinos. Vivía con su marido, que falleció hacía 2 años. No tiene hijos y los apoyos sociales que conservaba los ha ido perdiendo. Recibe una pensión de viudedad. Al ingreso su actitud es de enfado y desconcierto, presenta nula conciencia sobre su enfermedad, tiene la tensión arterial (TA) elevada y quiere saber dónde están sus pertenencias. Presenta abandono del autocuidado, tanto a nivel de higiene como de alimentación y salud. No toma ninguna medicación. Se realiza valoración utilizando los Patrones Funcionales de M. Gordon.

Plan de Cuidados Enfermero:

Realizado según Taxonomías NANDA-NOC-NIC

[00108] Déficit de autocuidado: Baño/Higiene r/c autonegligencia m/p aspecto desaliñado.

NOC: 0001 RESISTENCIA. 00011 realización de la rutina habitual.

NIC: 1804 AYUDA AL AUTO-CUIDADO: ASEO.

- Enseñar al paciente o a cuidadores las rutinas del aseo

[00002] Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución del apetito m/p falta de interés por la comida.

NOC: 1004 ESTADO NUTRICIONAL. 100402 ingestión alimentaria. 100405 relación peso/talla.

NIC: 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE.

- Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.

[00053] Aislamiento social r/c incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias m/p conductas inapropiadas para el nivel de desarrollo.

NOC: 1502 HABILIDADES EN INTERACCIÓN SOCIAL. 1500212 relaciones con los demás.

NIC: 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.

- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Discusión y Conclusiones:

El inicio precoz de las actividades consiguió restablecer su capacidad de autocuidado y sus relaciones sociales. Los indicadores mejoran en los diagnósticos [00108] y [00053] de 1 a 4, y en el caso del [00002] de 1 a 3 por falta de acuerdo. El papel de la enfermería ha sido fundamental durante su adaptación al centro, así como la participación de la trabajadora social y la psicóloga en el plan de cuidados.

Está en nuestras manos que, tras la detección temprana, seamos capaces de devolver la capacidad funcional al individuo diagnosticado de SD.

Bibliografía

1.- Soler Ros JJ, Fernández VL, Llatas FP, Pujalte BF, Muñoz Mañez V, Talamantes CS. Síndrome de Diógenes y sus cuidados estandarizados: primera parte. *Enferm dermatol* [Internet]. 2010 [citado el 8 de abril de 2022];4(10):8–14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4298412>

2.- Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. *Lancet* [Internet]. 1975 [citado el 8 de abril de 2022];305(7903):366–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/46514/>

3.- Kalogeraki L, Michopoulos I. Hoarding Disorder in DSM-5: Clinical description and cognitive approach. *Psychiatrike* [Internet]. 2017;28(2):131–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.131>

4.- NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

5.- Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería [Internet]. Scielo.br. [citado el 8 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8w3rjzjQtLHbrKXkPhvyWFJ/?format=pdf&lang=es>

Capítulo 118

Injuria Inhalatoria: Síndrome inhalatorio del paciente quemado

Sáez Goicoechea, Adriana

INJURIA INHALATORIA: SINDROME INHALATORIO DEL PACIENTE QUEMADO

Autora: Adriana Sáez Goicoechea

SATSE

INTRODUCCIÓN

Se define como injuria inhalatoria al daño causado por la inhalación de humos y demás gases tóxicos producidos durante un incendio, en especial si es en espacios cerrados.

El humo y los gases generados en la combustión penetran en las vías respiratorias provocando quemaduras internas en las mucosas, suponiendo una de las complicaciones más serias. La causa más frecuente de muerte tras un incendio es la intoxicación por inhalación de monóxido de carbono, que al ser inhalado en grandes cantidades impide el transporte de oxígeno por la hemoglobina.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica para poner el común el conocimiento actual sobre el síndrome inhalatorio. Se ha centrado la búsqueda de información a través de las bases de datos Dialnet, PubMed y Google académico.

Los términos de búsqueda utilizados han sido tanto términos MeSH como términos libres y búsqueda simple como síndrome inhalatorio/inhalatory injury, enfermería/nursing y tratamiento de quemaduras inhalatorias/inhalatory burn treatment,

BIBLIOGRAFÍA



RESULTADOS

La quemadura inhalatoria es producida por: **Daño térmico** presente en vías superiores hasta la glotis, **lesión química de la vía aérea**, cuya gravedad depende del tipo de químico, el tiempo de exposición, la solubilidad del tóxico, su concentración y pH, **afectación de las vías aéreas inferiores**, donde los daños se ven en las primeras 24-48 horas y **toxicidad sistémica**.

La evolución se divide en 3 fases:

0-36 HORAS

Obstrucción de vía aérea superior, broncoespasmo, hipoxia

24-72 HORAS

Edema pulmonar, atelectasias, aumento de secreciones, respuesta inflamatoria, disminución de distensibilidad pulmonar

3-10 DÍAS

Síndrome de distrés respiratorio en el adulto (SDRA), fallo multiorgánico

La gravedad de los daños dependen del lugar del fuego (ambiente abierto o cerrado), origen, concentración y solubilidad de los gases generados

La prueba diagnóstica de confirmación es la **fibrobroncoscopia** y se recomienda realizarla en las primeras 48 horas.

El manejo inicial de la injuria inhalatoria debe enfocarse en **proporcionar una oxigenación correcta** con oxígeno humidificado a alto flujo en **posición semi-Fowler** para disminuir simultáneamente el edema respiratorio por gravedad. El **tratamiento** incluye:

- **Soporte vital: control de vía aérea.** Desde O2 a través de cánulas hasta intubación endotraqueal
- **Fisioterapia respiratoria: drenaje postural, percusión o clapping, vibración, tos dirigida** o ejercicio con dispositivos de **espirometría incentiva**. Gran efectividad y evidencia científica
- **Tratamiento farmacológico:** Los grupos de fármacos más utilizados por su acción sobre el sistema respiratorio son los **broncodilatadores**

Las complicaciones más comunes son la neumonía, en más de un 6% de pacientes y más de la mitad en pacientes intubados, y el SDRA

CONCLUSIONES

El síndrome inhalatorio es un gigante que pasa desapercibido a menudo por tener un cuadro clínico ambiguo. Es especialmente común a pacientes procedentes de incendios por fuego y combustión, debido a la inhalación de humo. Su tratamiento incluye medidas comunes a otros problemas respiratorios como la fibrosis quística o la acumulación de secreciones.

La fisioterapia respiratoria es el mayor recurso en su resolución y la educación sanitaria en su correcta realización es fundamental en la prevención de complicaciones y fomento de un patrón respiratorio eficaz y favorable recuperación.

Resumen: Se define como injuria inhalatoria al daño causado por la inhalación de humos y demás gases tóxicos producidos durante un incendio, en especial si es en espacios cerrados. El humo y los gases generados en la combustión penetran en las vías respiratorias provocando quemaduras internas en las mucosas. La intoxicación por inhalación de monóxido de carbono es la causa más frecuente de muerte tras un incendio. Su diagnóstico pasa desapercibido a menudo por un cuadro clínico ambiguo y su tratamiento incluye medidas farmacológicas y de fisioterapia respiratoria, con alta eficacia en mejoría del pronóstico y prevención de complicaciones.

Palabras Clave: Burn care, Inhaled particles, Respiratory care

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Se define como injuria inhalatoria al daño causado por la inhalación de humos y demás gases tóxicos producidos durante un incendio, en especial si es en espacios cerrados. El humo y los gases generados en la combustión, penetran en las vías respiratorias provocando quemaduras internas en las mucosas, suponiendo una de las complicaciones más serias. La causa más frecuente de muerte tras un incendio, es la intoxicación por inhalación de monóxido de carbono, que al ser inhalado en grandes cantidades impide el transporte de oxígeno por la hemoglobina.

Observación Clínica:

Se ha realizado una revisión bibliográfica para poner en común el conocimiento actual sobre el síndrome inhalatorio. Se ha centrado la búsqueda de información a través de las bases de datos Dialnet, PubMed y Google Académico. Los términos de búsqueda utilizados han sido tanto términos MeSH como términos libres y de búsqueda simple como síndrome inhalatorio/*inhalatory injury*, enfermería/*nursing* y tratamiento de quemaduras inhalatorias/*inhalatory burn treatment*.

Objetivos:

- Valorar la importancia de la fisioterapia respiratoria como base en la recuperación de lesiones pulmonares por inhalación
- Reflejar la magnitud del síndrome inhalatorio como complicación severa en el paciente quemado
- Profundizar en la valoración de enfermería y resaltar su importancia en el seguimiento de la evolución del paciente quemado

Resultados:

La quemadura inhalatoria es producida por varios mecanismos:

- Daño térmico presente en vías superiores hasta la glotis
- Lesión química de la vía aérea, cuya gravedad depende del tipo de químico, el tiempo de exposición, la solubilidad del tóxico, su concentración y pH

- Afectación de las vías aéreas inferiores. Los daños a este nivel se vuelven visibles en las primeras 24-48 horas y puede derivarse de un déficit de oxígeno que lleva a la hipoxemia del parénquima pulmonar por la obstrucción y los gases inhalados.

- Toxicidad sistémica. El monóxido de carbono inhalado produce hipoxia tisular y depresión miocárdica

La evolución del paciente con síndrome inhalatorio se divide en 3 fases

- De 0 a 36 horas: Obstrucción de vía aérea superior, broncoespasmo, hipoxia
- De 24 a 72 horas: Edema pulmonar, atelectasias, aumento de mucosidad, secreciones y permeabilidad capilar, disminución de distensibilidad pulmonar, respuesta inflamatoria
- De 3 a 10 días: posible bronconeumonía, síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), fallo multiorgánico

La gravedad de los daños por inhalación tóxica, dependen del lugar del fuego (ambiente abierto o cerrado), origen del mismo, concentración y solubilidad de los gases generados, presencia de hollín y gotas líquidas impregnadas en tóxicos.

El diagnóstico diferencial se basa fundamentalmente en la sospecha clínica por la presencia de información en la historia clínica que evidencie un entorno cerrado en el incendio, pérdida de conciencia o conocimiento de presencia de tóxicos presentes o bien signos y síntomas respiratorios.

La prueba diagnóstica que confirma la injuria inhalatoria es la fibrobroncoscopia y se recomienda realizarla en las primeras 48 horas.

El manejo inicial de la injuria inhalatoria debe enfocarse en proporcionar al paciente una oxigenación correcta con oxígeno humidificado a alto flujo en posición semi-Fowler para disminuir simultáneamente el edema respiratorio por gravedad. Pero el tratamiento completo se desglosa en tres bloques de medidas:

- Soporte vital: control de la vía aérea, desde administración de oxígeno mediante cánulas nasales, mascarillas (*ventimax* o reservorio) o ventilación mecánica no invasiva hasta intubación endotraqueal.

- Fisioterapia respiratoria: con gran efectividad y evidencia científica. Útil durante tratamiento y rehabilitación. Previene la acumulación de secreciones y su eliminación, mantiene y mejora la movilidad de la pared torácica, fomenta un patrón respiratorio eficaz. Las técnicas incluyen el drenaje postural, percusión o *clapping*, vibración, tos dirigida o ejercicio con dispositivos de espirometría incentiva. La educación sanitaria para su correcta realización es responsabilidad de la enfermera, que enseñará al paciente y sus cuidadores a colaborar con ella a la hora de realizarla y a poder practicarla en el ámbito familiar o por sí mismo.

- Tratamiento farmacológico. Los grupos de fármacos más utilizados por su acción sobre el sistema respiratorio son los broncodilatadores, que mejoran el intercambio gaseoso y disminuyen el edema mucoso, la N-Acetilcisteína, y adrenalina nebulizada en dosis muy controladas solo cuando el edema pulmonar se persistente. Los corticoides no están indicados, aumentan la incidencia de infecciones y no mejoran el pronóstico.

Sin embargo, el paciente con síndrome inhalatorio es candidato a desarrollar numerosas complicaciones tanto respiratorias como sistémicas, especialmente si está intubado. Las más

comunes son la neumonía, presente en más de un 6% de pacientes, más de la mitad de ellos pacientes intubados y el SDRA. También pueden aparecer asma, bronquiolitis, atelectasias, fibrosis pulmonar o ulceraciones traqueales entre otras.

Conclusiones:

El síndrome inhalatorio es un gigante que pasa desapercibido a menudo por tener un cuadro clínico ambiguo. Es especialmente común a pacientes procedentes de incendios por fuego y combustión, debido a la inhalación de humo.

Los estudios en cuanto a qué medidas tomar en su presencia son escasos y las clasificaciones por gravedad varias, aunque todas coinciden en los signos por niveles de afectación de las vías respiratorias superiores y/o inferiores.

Su tratamiento incluye muchas medidas comunes a otros problemas respiratorios como la fibrosis quística o la acumulación de secreciones. La fisioterapia respiratoria es el mayor recurso en su resolución y la educación sanitaria en su correcta realización, fundamental en la prevención de complicaciones y fomento de un patrón respiratorio eficaz y favorable recuperación.

Bibliografía

- 1.- Ameriburn.org . Research. Estados Unidos. Actualizada en 2017
- 2.- Sonia López Cuenca. Perfil clínico de pacientes con sospecha de síndrome de inhalación ingresados en una unidad de grandes quemados. Universidad complutense de Madrid. 2016
- 3.- Fire related inhalation injury. The New England Journal of Medicine Massachusetts Medical Society. 2016.
- 4.- Vanessa S. Fear, James H. Boyd, Suzanne Rea, Fiona M. Wood, Janine M. Duke, Mark W. Fear. Burn Injury Leads to Increased Long-Term Susceptibility to Respiratory Infection in both Mouse Models and Population Studies. Australia west. 2017

Capítulo 119

Inyección Intramuscular uso de un Dispositivo de Termo–Vibración para el manejo del Dolor

*Alañon Varón, Francisco Salvador
Peña Cárdenas, Ana María
Medina Carretero, Sonia
Bebyk Bagnenko, Svitlana
Flores López Ibarra, Jose María
Espadas Sánchez, María*

INYECCIÓN INTRAMUSCULAR USO DE UN DISPOSITIVO DE TERMO-VIBRACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR.

Alañón Varón, Francisco Salvador; Peña Cárdenas, Ana; Medina Carretero, Sonia; Bebyk Bagnenko, Svitlana; Flores López Ibarra, Jose María.

INTRODUCCIÓN.

En el desarrollo del día a día los profesionales de la salud, realizamos actuaciones que van encaminadas a un beneficio del paciente, pero que no están exentas de complicaciones:

Una de consecuencias más comunes en la labor como enfermeros es el dolor.

Se plantea cómo pregunta PICO: la inyección intramuscular, en relación con el dispositivo de termo-vibración BUZZY® como método para disminuir la sensación de dolor.



OBJETIVOS.

Reducir dolor percibido por el paciente, consiguiendo mayor adhesión a las campañas de vacunación y tratamiento pautados por vía intramuscular.

METODOLOGÍA.

Se han consultado bases de datos tales como Pubmed, Cinahl y recursos de Práctica Basada en Evidencias como la biblioteca Cochrane, Guíasalud y RNAO. Se obtuvieron diversos estudios que versan sobre el manejo del dolor durante la administración intramuscular.

DeCS	
Descriptor Inglés:	Pain
Descriptor Español:	Dolor
Descriptor Portugués:	Dor
Sinónimos Español:	Sufrimiento Físico
Categoría:	C23.888.592.612 FD2.830.816.444 G11.561.790.444
Definición Español:	Sensación desagradable inducida por estímulos nocivos que son detectados por las TERMINACIONES NERVIOSAS de los NOCICEPTORES.

Palabras clave: Inyecciones Intramusculares, dolor, equipos y suministros

RESULTADOS.



Los resultados de la revisión bibliográfica sugieren que la aplicación de Buzzy®, en el lugar de inyección antes y durante de ésta, pueden reducir significativamente el dolor y la ansiedad percibida.

El uso del dispositivo de termo-vibración se puede implementar de manera rápida, barata y con poco entrenamiento. Obteniendo como resultado final y prioritario mayor adhesión de la población a las campañas de vacunación y tratamientos por vía intramuscular

CONCLUSIONES

La inyección intramuscular es una técnica usada casi a diario en la consulta de enfermería por motivos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos. Pese a su utilidad, no deja de ser una acción dolorosa y que causa discomfort tanto en pacientes como profesionales. Por todo ello, es importante la reducción del dolor a partir de dispositivos tipo Buzzy® y continuar investigando en la búsqueda del confort del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- Cupitt JM, Kasipandian V. Pain and intramuscular injections. Anaesthesia [Internet] 2004 [acceso 17 de Marzo del 2021]; 59: 88-99. Disponible en: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2044.2004.03589.x>
- Albitre Sanz A, Bautista Girona AB. Procedimiento para el uso del dispositivo Buzzy® en el paciente pediátrico durante las técnicas de extracción de analíticas por venopunción, canalización de vías periféricas o administración de tratamiento por vía subcutánea. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2020. Protocolo:<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/01140ba5ff5c02a333f24b1350af1ba7.pdf>
- Redfern R, Micham J, Seeger S, Chen J. Influencing Vaccinations: a Buzzy approach to ease the discomfort of a needle stick—a prospective, randomized controlled trial. Pain manag nurs. 2019; 20(2): 164-1
- Sabin M, Eser I. Effect of the Buzzy application on pain and injection satisfaction in adult patients receiving intramuscular injections. Pain manag nurs. 2018; 19(6): 645-651.
- Carmirol Rodríguez P, Solís Cordero K, Andrade Espinales J, Sanabria Barahona H. Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. Enfermería actual en Costa Rica [Internet]. 2017. N°32 enero-junio. Costa Rica. www.revenf.ucr.ac.cr

Resumen: *En el desarrollo del día a día los profesionales de la salud, realizamos actuaciones (inyecciones, curas, sondajes, etc) que van encaminadas a un beneficio del paciente, pero que no están exentas de complicaciones. Una de consecuencias más comunes en la labor como enfermeros es el dolor derivado de nuestras acciones. En esta revisión bibliográfica se abordará una de las técnicas más aplicadas en enfermería, la inyección intramuscular, en relación con el dispositivo de termo-vibración BUZZY® como método para disminuir la sensación de dolor durante la inyección.*

Palabras Clave: *Inyecciones Intramusculares, Dolor, Equipos y Suministros.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el desarrollo del día a día los profesionales de la salud con el fin de diagnosticar o tratar dolencias, infligimos daño a nuestros pacientes. Todas nuestras actuaciones (inyecciones, curas, sondajes etc) van encaminadas a un beneficio, pero no están exentas de complicaciones. Una de consecuencias más comunes en la labor como enfermeros es el dolor derivado de nuestras técnicas.

En esta revisión bibliográfica se abordará una de las técnicas más aplicadas en enfermería, la inyección intramuscular, en relación con el dispositivo de termo-vibración BUZZY® como método para disminuir la sensación de dolor durante la inyección, ya que una de las principales funciones del profesional de enfermería es la administración de medicamentos y/o vacunas por vía parenteral, siendo la vía intramuscular una de las más utilizadas, ya que proporciona una rápida acción: se estima que se administran entre 12 y 16 billones de inyecciones intramusculares por año a nivel mundial.

En comparación con otros procedimientos realizados por el personal de enfermería, la aplicación de inyecciones intramusculares es considerada una tarea sencilla; sin embargo, la correcta administración del medicamento implica habilidades, destrezas y conocimientos específicos por parte del profesional sanitario para no causar daño al destinatario (El 40% de los pacientes que reciben una medicación inyectada por vía intramuscular califican el procedimiento como doloroso). Existen numerosos métodos de distracción para el alivio del dolor durante la inyección intramuscular. Uno de esos métodos es el dispositivo Buzzy®, el cual combina frío, vibración y distracción para la reducción del dolor y ansiedad ante la inyección intramuscular, siendo en la mayoría de ellos la población diana los niños.

Objetivos:

Reducir dolor percibido por el paciente, consiguiendo mayor adhesión a las campañas de vacunación y tratamiento pautados por vía intramuscular.

Material y Método:

Se han consultado bases de datos tales como Pubmed, Cinahl y recursos de Práctica Basada en Evidencias como la biblioteca Cochrane, Guiasalud y RNAO. Se obtuvieron diversos estudios que versan sobre el manejo del dolor durante la administración intramuscular.

Resultados:

Los resultados de la revisión bibliográfica sugieren que la aplicación de Buzzy®, en el lugar de inyección antes y durante de ésta, pueden reducir significativamente el dolor y la ansiedad percibida.

El uso del dispositivo de termo-vibración se puede implementar de manera rápida, barata y con poco entrenamiento. Obteniendo como resultado final y prioritario mayor adhesión de la población a las campañas de vacunación y tratamientos por vía intramuscular.

Conclusiones:

La inyección intramuscular es una técnica usada casi a diario en la consulta de enfermería por motivos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos. Pese a su utilidad, no deja de ser una acción dolorosa y que causa discomfort tanto en pacientes como profesionales. Por todo ello, es importante la reducción del dolor a partir de dispositivos tipo Buzzy® y continuar investigando en la búsqueda del confort del paciente.

Bibliografía

1.- Cupitt JM, Kasipandian V. Pain and intramuscular injections. Anaesthesia [Internet] 2004 [acceso 17 de Marzo del 2021]; 59: 88-99. Disponible en: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2044.2004.03589.x>

2.- Albitre Sanz A, Bautista Girona AB. Procedimiento para el uso del dispositivo Buzzy® en el paciente pediátrico durante las técnicas de extracción de analíticas por venopunción, canalización de vías periféricas o administración de tratamiento por vía subcutánea. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2020. Protocolo:<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/01f40ba5ff5c02a333f24b1350af1ba7.pdf>

3.- Redfern R, Micham J, Seegert S, Chen J. Influencing Vaccinations: a Buzzy approach to ease the discomfort of a needle stick—a prospective, randomized controlled trial. Pain manag nurs. 2019; 20(2): 164-1

4.- Sabin M, Eser I. Effect of the Buzzy application on pain and injection satisfaction in adult patients receiving intramuscular injections. Pain manag nurs. 2018; 19(6): 645-651.

5.- Carmiol Rodriguez P, Solis Cordero K, Andrade Espinales J, Sanabria Barahona H. Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. Enfermería actual en Costa Rica [Internet]. 2017. N°32 enero-junio. Costa Rica. www.revenf.ucr.ac.cr

Capítulo 120

Isoapariencia entre fármacos: un factor de riesgo en la práctica clínica enfermera

*Fernández-Infantes Díaz-Pinto, Cristina
Lozano Calatayud, Raquel
Navarro Muñoz, Cristina*

Isoapariencia entre fármacos: un factor de riesgo en la práctica clínica enfermera

Fernández-Infantes C, Lozano R, Navarro C.

Introducción

Los errores de medicación son un problema relacionado con la seguridad del paciente, que ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a sus severas repercusiones tanto humanas como asistenciales y económicas. El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) incluyó en 2020 la isoapariencia farmacéutica, o medicamentos LASA (Look Alike, Sound Alike), como uno de los 10 tipos de errores más comunes relacionados con la medicación.

Este tipo de errores puede ocurrir en cualquier punto de la cadena terapéutica, siendo más habituales durante la preparación y administración de los mismos, procesos estrechamente relacionados con la práctica profesional de la enfermería. Existen determinadas circunstancias que por su carácter crítico precisan de una actuación urgente por parte de los profesionales, en las cuales, la existencia de presentaciones similares de diferentes fármacos puede dar lugar a una confusión de los mismos, poniendo de este modo, en riesgo la seguridad y el bienestar del paciente.

Objetivos

El principal objetivo marcado en esta revisión bibliográfica es evaluar la evidencia actual sobre la influencia de la isoapariencia farmacéutica en el desarrollo de errores relacionados con la medicación durante la práctica clínica enfermera. De igual modo, determinar las posibles medidas de prevención recogidas en la bibliografía disponible.

Material y Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos durante los meses de marzo y abril del año 2022. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros: "Medication errors", "Drug labeling", "LASA medication", "Pharmaceutical isoappearance"; obteniendo una muestra final de 21 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos (Figura 1).

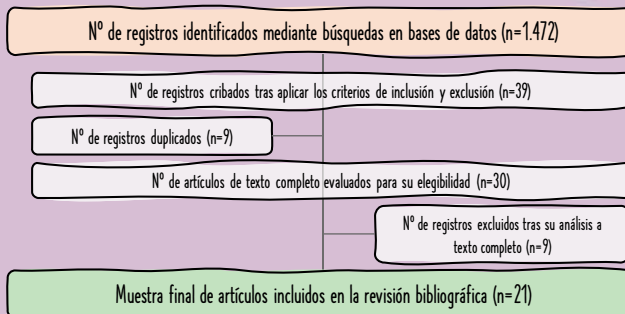


Figura 1. Diagrama de flujo (elaboración propia).

Resultados

De las 21 publicaciones finales incluidas en esta revisión bibliográfica, en la siguiente tabla (Tabla 1) se recogen aquellos estudios, que, tras su análisis, englobaban ambas variables principales de este trabajo: Medication errors, Pharmaceutical isoappearance, Drug labeling y LASA medication.

Autor	Año	Título	Tipo de estudio	Resultado
Rodriguez GV, Analuisa LE	2022	Isoapariencia y el método del queso suizo, un factor de riesgo durante la práctica profesional en enfermería	Estudio cuantitativo transversal y analítico	Un porcentaje elevado de los enfermeros encuestados consideraron la isoapariencia entre fármacos como un factor de riesgo para los errores de medicación. Al menos un 15,40% afirmaron haber cometido algún error de administración por este motivo, considerando el área de emergencias, la zona donde esta similitud de envasado/etiquetado se convierte en un problema de mayor gravedad.
Bryan R, Aronson JK, Williams AJ, Jordan S	2021	A systematic literature review of LASA error interventions	Revisión sistemática	Aunque el empleo de letras de Tall Man o Tall Man Lettering (letras mayúsculas resaltadas) en fármacos LASA ha conseguido reducir significativamente la tasa de errores, este sistema debe utilizarse con precaución y como complemento a otras estrategias destinadas a la reducción de este tipo de errores.
Lizano-Díez I, Figueiredo-Escribá C, Piñero-López MA, Lastra CF, Mariño EL, Modamio P	2020	Prevention strategies to identify LASA errors: building and sustaining a culture of patient safety	Revisión bibliográfica	Determina diferentes estrategias para la prevención de errores de medicamentos LASA a nivel hospitalario, destacando los cambios en la apariencia del etiquetado y del envase de estos medicamentos, así como, el empleo de Tall Man Lettering y/o de símbolos de seguridad.
Pérez-Ingidua C, Rivas-Paterna AB, Portolés-Pérez A, Laredo-Velasco L, Vargas-Castrillón E	2020	La isoapariencia farmacéutica un factor de riesgo de errores de medicación	Estudio descriptivo transversal	El 96% de los enfermeros encuestados consideró la isoapariencia entre fármacos como un factor de riesgo para aquellos errores relacionados con la medicación. Del mismo modo, subrayan como una presentación que permita distinguir unos fármacos de otros, evitará gran parte de este tipo de errores.

Tabla 1. Principales artículos seleccionados para la revisión (elaboración propia).

Conclusiones

Se puede concluir, a partir de los datos obtenidos de esta revisión bibliográfica, que la isoapariencia farmacéutica influye en el desarrollo de errores relacionados con la administración de medicación durante la práctica clínica enfermera. Por consiguiente, es considerado por los profesionales de enfermería como un factor de riesgo en los errores de medicación, especialmente en situaciones de emergencia.

Esta situación no solo repercute sobre la seguridad y el bienestar del paciente, sino que también la calidad de los cuidados y la atención sanitaria se verá afectada. Sin olvidar que, a pesar de no ser la apariencia de los fármacos un factor controlable por enfermería, una administración incorrecta de un fármaco puede tener consecuencias legales para los profesionales afectados. Por este motivo, se han propuesto diferentes estrategias de prevención, entre las que se encuentran: cambios en la presentación de los medicamentos LASA (Tall Man Lettering y/o codificación por colores), empleo de símbolos o pictogramas de seguridad en el envasado, el reenvasado/reetiquetado, y/o el almacenamiento por separado de aquellos fármacos LASA que puedan inducir a error. De todas estas medidas, aquella que presenta más evidencia y que ha conseguido reducir las tasas de error relacionadas con la isoapariencia farmacéutica es Tall Man Lettering.

Resumen: Los errores de medicación son un problema relacionado con la seguridad del paciente, que ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a sus repercusiones humanas, asistenciales y económicas. A la luz de las últimas investigaciones, el objetivo de esta revisión bibliográfica fue evaluar la influencia de la isoapariencia farmacéutica en el desarrollo de errores de medicación durante la práctica clínica enfermera y sus posibles medidas de prevención. Como conclusión se obtuvo la existencia de una relación causal entre la isoapariencia farmacéutica y la incursión de errores de medicación; destacando la estrategia Tall Man Lettering como principal medida de prevención.

Palabras Clave: Medication errors, Drug labeling, LASA medication

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los errores de medicación, son un problema relacionado con la seguridad del paciente, que ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a sus severas repercusiones tanto humanas como asistenciales y económicas. El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) incluyó en 2020 la isoapariencia farmacéutica como uno de los 10 tipos de errores más comunes relacionados con la medicación. Por su parte, la Administración Estadounidense de Alimentos y Medicamentos (FDA) le atribuye entre el 20-33 % de los errores de medicación notificados en EE.UU.

La isoapariencia farmacéutica o medicamentos LASA (Look Alike, Sound Alike), como son conocidos en la bibliografía internacional, hace referencia a aquellos medicamentos cuya presentación y formato (envasado y/o etiquetado) son de apariencia similar (Look Alike) o cuya denominación fonética es parecida (Sound Alike). Este tipo de errores puede ocurrir en cualquier punto de la cadena terapéutica, siendo más habituales durante la preparación y administración de los mismos, procesos estrechamente relacionados con la práctica profesional de la enfermería. Para el desempeño de dicho proceso, enfermería emplea la llamada regla de los “5 correctos”, sin embargo, existen diversas circunstancias que por su carácter crítico precisan de una actuación urgente por parte de los profesionales, en las cuales, la existencia de presentaciones similares de diferentes fármacos puede dar lugar a una confusión de los mismos, poniendo de este modo, en riesgo la seguridad y bienestar del paciente.

Objetivos:

- Evaluar la evidencia actual sobre la influencia de la isoapariencia farmacéutica en el desarrollo de errores de medicación durante la práctica clínica enfermera.
- Determinar las posibles medidas de prevención recogidas en la bibliografía.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos durante los meses de marzo y abril del año 2022. Para dicha búsqueda se emplearon los tesauros: “Medication errors”, “Pharmaceutical isoappearance”, “Drug labeling” y “LASA medication”; obteniendo una

muestra final de 21 artículos, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Resultados:

Tras la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 1.472 artículos, de los cuales, tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión, se analizaron 30 artículos a texto completo, incluyendo 21 de ellos en esta revisión bibliográfica.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, los resultados confirman la existencia de una relación de influencia entre la isoapariencia farmacéutica y la incursión en errores de medicación durante la práctica clínica. Pérez-Ingidua C et al., en su estudio, encuestaron a 123 profesionales de enfermería sobre el tema, considerando el 96% de éstos la isoapariencia como un factor de riesgo potencial a la hora de cometer un error en la administración de un fármaco, definiéndolo, además como problema e inconveniente en el correcto desarrollo de su labor profesional. De igual manera, el 15 % de los encuestados reconocieron haber cometido un error por este motivo.

Asimismo, la investigación llevada a cabo por Rodríguez GV et al., muestra como la isoapariencia es identificada como un factor de riesgo por parte de los enfermeros, especialmente en situaciones de emergencia donde el 73,44% reconocieron estar bastante-muy de acuerdo con ello.

Por otra parte, Lizano-Díez I et al., en su revisión bibliográfica, reúne las principales medidas de prevención a implantar para evitar este tipo de errores. Entre éstas se incluyen: cambios en la apariencia del etiquetado/envase de los medicamentos LASA (Tall Man Lettering y/o codificación por colores), el empleo de símbolos o pictogramas de seguridad en el envasado, el reenvasado/re Etiquetado, y el almacenamiento por separado de aquellos fármacos LASA que puedan inducir a error.

De todas estas medidas propuestas, Tall Man Lettering (combinación de letras mayúsculas y minúsculas para resaltar las diferencias entre nombres de fármacos similares) es la estrategia más estudiada y con mayor evidencia disponible en la actualidad. Estudios como el llevado a cabo por Bryan R et al. señalan una reducción pequeña pero significativa de los errores relacionados con la isoapariencia entre fármacos al emplear dicho sistema. De igual modo, Larmené-Beld KHM et al. también consideró Tall Man Lettering como una solución potencial, al evidenciarse una mejor legibilidad del etiquetado del fármaco, lo que dio lugar a unas tasas de error más bajas.

Conclusiones:

Se puede concluir, a partir de los datos obtenidos de esta revisión bibliográfica, que la isoapariencia farmacéutica influye en el desarrollo de errores relacionados con la administración de medicación durante la práctica clínica enfermera. Por consiguiente, es considerado por los profesionales de enfermería como un factor de riesgo en los errores de medicación, especialmente en situaciones de emergencia.

Esta situación no solo repercute sobre la seguridad y el bienestar del paciente, sino que también la calidad de los cuidados y la atención sanitaria se verá afectada. Sin olvidar que, a pesar de no ser la apariencia de los fármacos un factor controlable por enfermería, una administración incorrecta de un fármaco puede tener consecuencias legales para los profesionales afectados. Por este motivo, se han propuesto diferentes estrategias de prevención, entre las que se encuentran: cambios en la presentación de los medicamentos LASA (Tall Man Lettering y/o codificación por colores), empleo de símbolos o pictogramas de seguridad en el envasado, el reenvasado/re Etiquetado, y/o

el almacenamiento por separado de aquellos fármacos LASA que puedan inducir a error. De todas estas medidas, aquella que presenta más evidencia y que ha conseguido reducir las tasas de error relacionadas con la isoapariencia farmacéutica es Tall Man Lettering.

Bibliografía

1.- Pérez-Ingidua C, Rivas-Paterna AB, Portolés-Pérez A, Laredo-Velasco L, Vargas-Castrillón E. La isoapariencia farmacéutica un factor de riesgo de errores de medicación. *Metas Enferm.* 2020; 23(7):7-15

2.- Lizano-Díez I, Figueiredo-Escribá C, Piñero-López MÁ, Lastra CF, Mariño EL, Modamio P. Prevention strategies to identify LASA errors: building and sustaining a culture of patient safety. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(1):63

3.- Bryan R, Aronson JK, Williams AJ, Jordan S. A systematic literature review of LASA error interventions. *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87(2):336-351

4.- Rodríguez GV, Analuisa LE. Isoapariencia y el método del queso suizo, un factor de riesgo durante la práctica profesional en enfermería. *Ciencia Latina.* 2022;6(1):1991-006

5.- Rodríguez JM, Montero A, Plata S, Arenas JJ. Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña. Nuevas actualizaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) e isoapariencia de medicamentos. *Generalitat de Catalunya.* 2019; 17(4): 1-8

Capítulo 121

La dieta Vegana durante la Gestación

Gómez Gutiérrez, María José

LA DIETA VEGANA DURANTE LA GESTACIÓN

SATSE

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

En las sociedades occidentales cada vez es más frecuente que mujeres con **dietas veganas** libres de alimentos de origen animal, implanten esta forma de alimentación también en el periodo gestacional. Es por ello que la Enfermería debe **tomar la iniciativa investigadora** para poder abordar de forma satisfactoria este reto creciente del siglo XXI.

Objetivos



- ▶ Analizar la dieta vegana en la gestación.
- ▶ Determinar las recomendaciones de Enfermería en caso de adoptar la dieta vegana en el embarazo.
- ▶ Comparar las repercusiones positivas y negativas.

Palabras clave

Dieta vegana, fenómenos nutricionales, embarazada.
Vegan diet, nutritional phenomena, pregnant.

Material y Método



Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con el veganismo en la etapa gestacional, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: **Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.**

CRITERIOS



- ▶ Revisiones bibliográficas del tema.
- ▶ Artículos de veganismo durante la gestación.
- ▶ Artículos de la labor enfermera en este tema.
- ▶ Artículos sobre las repercusiones del veganismo en gestantes.
- ▶ Artículos en castellano e inglés.
- ▶ Artículos con fecha de 2016 o posterior.



- ▶ Artículos sobre el veganismo en hombres.
- ▶ Artículos exentos de contenido de interés enfermero.
- ▶ Artículos anteriores al año 2016.

Resultados

DIETA VEGANA GESTANTES

CARBOHIDRATOS	Pan, pasta, cereales	RECOMENDACIONES CLÍNICAS <ul style="list-style-type: none"> ▶ Proporcionar información sobre dietas veganas equilibradas y completas (distribución, raciones). ▶ Monitorización de niveles de vitamina D, B12 y hierro. ▶ Recomendar toma de suplementos mineralo-vitámicos si deficiencia nutricional.
GRASAS	Aguacate, semillas, AOVE, frutos secos	
PROTEÍNAS	Tofu, seitán, soja, legumbres, semillas	
VITAMINAS/MINERALES	Frutas, verduras y hortalizas	
SUPLEMENTOS	Vitamina B12	

Discusión

▶ Según la Asociación Americana de Dietética (ADA), la dieta vegana planificada es saludable y nutricionalmente adecuada.

▶ Desde la perspectiva de Rojas, Figueras y Durán en 2017, la dieta vegana no tiene por qué ser considerada más perniciosa que otras, siempre y cuando se suplemente el déficit de macro/micronutrientes.

1. ↑↑ contenido en fibra, vitaminas y minerales.
2. ↓↓ contenido en grasas saturadas y LDL.
3. Prevención y tratamiento de ciertas enfermedades.
4. ↓ prevalencia obesidad, HTA, DM2, Ca colorrectal.



REPERCUSIONES



1. Déficit nutricional de: Ca, B12, vit D, ácidos grasos omega-3, I, Zn, hierro y proteínas.
2. ↑↑ partos prematuros, abortos espontáneos, hemorragias, anemia megaloblástica, fracturas.
3. ↓↓ peso al nacimiento.

Conclusiones

- ▶ La **dieta vegana** es segura y nutricionalmente adecuada en gestantes. Se caracteriza por un alto contenido en fibra, vitaminas y minerales.
- ▶ Las **profesionales sanitarios** deben vigilar el estado nutricional de la gestante y proporcionar Educación para la Salud de cara a potenciar el consumo de alimentos saludables de forma equilibrada y en las cantidades adecuadas.
- ▶ Las **repercusiones negativas** aumentan de forma exponencial, fundamentalmente, en caso de dietas veganas NO planificadas y con déficits nutricionales no suplementados.

Bibliografía

- ▶ ADA: American Dietetic Association. **ADA position: vegetarian diets.** *Rev J Am Diet Assoc.* Nueva York: 2019; 109: 1266-1282.
- ▶ Brosa M, Curti N, Basilio A, Gabrielli J. **La alimentación vegetariana durante el embarazo en el siglo XXI.** *Rev Nutricion.* Buenos Aires: 2019; 20 (1): 24-31.
- ▶ Rojas D, Figueras F, Durán S. **Advantages and disadvantages of being vegan or vegetarian.** *Rev Chil Nutr.* Santiago de Chile: 2017; 44 (3): 218-225.
- ▶ Menal-Puey S, Morán M, Marques-Lopes I. **Nutritional composition of common vegetarian food portions.** *Rev Nutr Hosp.* Madrid: 2016; 33: 386-394.
- ▶ Andreu, MJ. **Nutrición y salud en la dieta vegana.** *Rev Univ Obert Cat (UOC)* [Internet]. Barcelona: 2016; 1:5-29.

Resumen: *El embarazo es un periodo biológico de especial vulnerabilidad nutricional, donde los requerimientos alimentarios se encuentran incrementados. Por ello, la nutrición durante esta etapa es de vital relevancia no sólo para garantizar un correcto crecimiento fetal y evitar complicaciones y estados de morbilidad materno-fetales en el futuro, sino también para conseguir un adecuado estado nutricional de la madre y favorecer las mejores condiciones de cara a la lactancia. La evidencia actual sugiere que, si la dieta es planificada y desarrollada con asesoramiento profesional para suplementar los nutrientes considerados críticos en el embarazo, las gestantes veganas no presentan riesgos nutricionales superiores a los de las mujeres omnívoras.*

Palabras Clave: *Dieta vegana, Fenómenos nutricionales, Embarazada*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En las sociedades occidentales cada vez es más frecuente que mujeres con dietas veganas libres de alimentos de origen animal, implanten esta forma de alimentación también en el periodo gestacional. Es por ello que la Enfermería debe tomar la iniciativa investigadora para poder abordar de forma satisfactoria este reto creciente del siglo XXI.

Objetivos:

- Analizar la dieta vegana en la gestación.
- Determinar las recomendaciones de Enfermería en caso de adoptar la dieta vegana en el embarazo.
- Comparar las repercusiones positivas y negativas.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el veganismo en la etapa gestacional, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: *Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.*

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas sobre el veganismo.
- Artículos de veganismo durante la gestación.
- Artículos de la labor enfermera en este tema.
- Artículos sobre las repercusiones del veganismo en gestantes.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2016 o posterior.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre el veganismo en hombres.
- Artículos exentos de contenido de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2016.

Resultados:

La dieta vegana en gestantes se basa en los siguientes pilares:

- Carbohidratos: obtenidos del pan, la pasta y los cereales.
- Grasas: presentes en el aguacate, las semillas, el aceite de oliva virgen extra y los frutos secos.
- Proteínas: ingeridas a través del tofu, seitán, soja, legumbres y semillas.
- Vitaminas y minerales: obtenidos de las frutas, verduras y hortalizas.
- Suplementos: sobre todo la vitamina B12.

Las recomendaciones clínicas para mujeres veganas en periodo gestacional son:

- Proporcionar información sobre dietas veganas equilibradas y completas (distribución, raciones).
- Monitorización de niveles de vitamina D, B12 y hierro.
- Recomendar toma de suplementos mineralo-vitamínicos si deficiencia nutricional.

Entre las repercusiones positivas o beneficios de la dieta vegana destacan:

1. ↑↑ contenido en fibra, vitaminas y minerales.
2. ↓↓ contenido en grasas saturadas y LDL.
3. Prevención y tratamiento de ciertas enfermedades.
4. ↓ prevalencia obesidad, HTA, DM2, Ca colorrectal.

Por el contrario, las repercusiones de una dieta vegana mal planificada y no supervisada por profesionales sanitarios son:

1. Déficit nutricional de: Ca, B12, vit D, ácidos grasos omega-3, I, Zn, hierro y proteínas.
2. ↑↑ partos prematuros, abortos espontáneos, hemorragias, anemia megaloblástica, fracturas.
3. ↓↓ peso al nacimiento.

Según la Asociación Americana de Dietética (ADA), la dieta vegana planificada es saludable y nutricionalmente adecuada. Desde la perspectiva de Rojas, Figueras y Durán en 2017, la dieta vegana no tiene por qué ser considerada más perniciosa que otras, siempre y cuando se suplemente el déficit de macro/micronutrientes.

Conclusiones:

- La **dieta vegana** es segura y nutricionalmente adecuada en gestantes. Se caracteriza por un alto contenido en fibra, vitaminas y minerales.
- Las **profesionales sanitarios** deben vigilar el estado nutricional de la gestante y proporcionar Educación para la Salud de cara a potenciar el consumo de alimentos saludables de forma equilibrada y en las cantidades adecuadas.
- Las **repercusiones negativas** aumentan de forma exponencial, fundamentalmente, en caso de dietas veganas NO planificadas y con déficits nutricionales no suplementados.

Bibliografía

- 1.- ADA: American Dietetic Association. **ADA position: vegetarian diets**. Rev J Am Diet Assoc. Nueva York: 2019; 109 : 1266-1282.
- 2.- Brosa M, Curti N, Basilio A, Gabrielli J. **La alimentación vegetariana durante el embarazo en el siglo XXI**. Rev Nutricion. Buenos Aires: 2019; 20 (1): 24-31.
- 3.- Rojas D; Figueras F, Durán S. **Advantages and disadvantages of being vegan or vegetarian**. Rev Chil Nutr. Santiago de Chile: 2017; 44(3):218-225.
- 4.- Menal-Puey S, Morán M, Marques-Lopes I. **Nutritional composition of common vegetarian food portions**. Rev Nutr Hosp. Madrid: 2016; 33:386-394.
- 5.- Andreu, MJ. **Nutrición y salud en la dieta vegana**. Rev Univ Obert Cat (UOC) [Internet]. Barcelona: 2016; 1:5-29.

Capítulo 122

La hemoglobina glicosilada, una gran desconocida para muchos pacientes diabéticos

*González Redondo, María
Navarro Díez, Macarena*

“La hemoglobina glicosilada, una gran desconocida para muchos pacientes diabéticos”

INTRODUCCIÓN:

La prueba de hemoglobina glicosilada es una herramienta muy útil para el diagnóstico y evaluación del control glucémico, además, tiene valor predictivo respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes que son aquellas que afectan al corazón, los ojos, los riñones y los nervios. Su medición nos da información sobre el promedio de la concentración de glucosa en los últimos 3 meses, a mayor porcentaje de la misma, mayor será el nivel de azúcar en sangre.

Encontramos a menudo pacientes DM (diabetes mellitus) tipo 2 demandando glucemias capilares, que en muchas ocasiones no nos dan información alguna. Es por ello que explicar su existencia e importancia del seguimiento de la misma es indispensable en un buen control, ahí es donde la *Educación para la Salud (EPS)* juega su gran misión.

Elegimos a pacientes que acuden a la consulta de crónicos y realizamos sesiones formativas sobre el manejo de la diabetes.

OBJETIVO

-Conseguir la confianza del paciente hacia el buen control de su diabetes por parte de su enfermera, sin necesidad de tener que acudir en ayunas para glucemias capilares, que en numerosas ocasiones no pueden ser a primera hora de la mañana.

-Evaluar la eficacia de la EPS y conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para mejorar su autocuidado.



MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional-transversal y descriptivo en un centro de salud. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a consulta y a las charlas de educación sanitaria sobre diabetes, todos ellos con DM tipo 2.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado participan en el estudio.

Se excluyeron las encuestas incompletas.

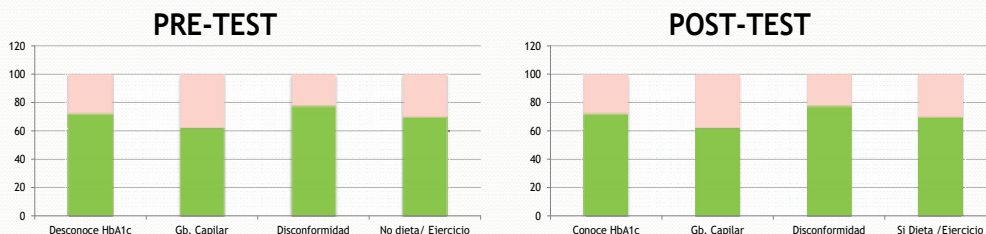
El instrumento utilizado fue una encuesta “ad hoc” de 9 preguntas con respuesta dicotómica (sí/no) en relación a conocimientos sobre el uso de la prueba de la hemoglobina glicosilada en diabetes.

Se realizó un test previo al inicio de la charla y otro tras finalizarla.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2016

RESULTADOS



Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%. La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35 varones y 65% mujeres, entre 50 y 75 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos y pacientes más receptivos en la consulta.

Destacamos que un 86,9% llevaba más de 2 años con diabetes tipo 2, el 71% desconoce la existencia y para que se usa la hemoglobina glicosilada, un 65% cree que lo más importante para un buen control de su diabetes es la glucemia capilar en ayunas, el 75% está disconforme porque su enfermera no puede atender la consulta de crónicos a primeras horas de la mañana para acudir en ayunas y un 80% cree que el uso de antidiabéticos orales y acudir a las consultas de crónicos es suficiente para el buen control de la DM, no mencionan la dieta y ejercicio.

CONCLUSIONES

-La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y mejora la calidad de vida.

-Explicar detenidamente el problema de salud al que se enfrenta y manejo de mismo, hace que aumente la confianza del paciente sobre el profesional, mejora la comunicación en la consulta y el buen control sobre la enfermedad.

-El método directo de transmitir información es muy útil al igual que revisar y reforzar las conductas llevadas a cabo por nuestros pacientes ya sea en la consulta o en este tipo de reuniones formativas.



AUTORES:
MARÍA GONZÁLEZ REDONDO
MACARENA NAVARRO DÍEZ

Resumen: La HbA1c es una herramienta útil para el diagnóstico y evaluación del control glucémico. Encontramos pacientes DM tipo 2 demandando glucemias capilares, que en ocasiones no nos dan información alguna. Una buena EPS mejoraría el buen control de la enfermedad. Seleccionamos pacientes con DM y realizamos sesiones formativas, con el objetivo de aumentar el conocimiento del paciente acerca del control de la misma. Realizamos sesiones de EPS donde observamos aumento de conocimientos. La EPS facilita el autocuidado y mejora la calidad de vida del paciente; el método directo de transmitir información es muy útil, por eso es importante seguir haciéndolo.

Palabras Clave: Hemoglobina Glicosilada, Diabetes, Educación para la Salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La prueba de hemoglobina glicosilada es una herramienta muy útil para el diagnóstico y evaluación del control glucémico, además, tiene valor predictivo respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes que son aquellas que afectan al corazón, los ojos, los riñones y los nervios. Su medición nos da información sobre el promedio de la concentración de glucosa en los último 3 meses, a mayor porcentaje de la misma, mayor será el nivel de azúcar en sangre.

Encontramos a menudo pacientes DM tipo 2 demandando glucemias capilares, que en muchas ocasiones no nos dan información alguna. Es por ello que explicar su existencia e importancia del seguimiento de la misma es indispensable en un buen control, ahí es donde la Educación para la Salud (EPS) juega su gran misión.

Elegimos a pacientes que acuden a la consulta de crónicos y realizamos sesiones formativas sobre el manejo de la diabetes.

Material y Métodos:

- Realizamos un estudio observacional-transversal y descriptivo en un centro de salud. La población a estudio fueron hombres y mujeres que acudían a consulta y a las charlas de educación sanitaria sobre diabetes, todos ellos con DM tipo 2.

Se realizó un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado participan en el estudio.

Se excluyeron las encuestas incompletas.

El instrumento utilizado fue una encuesta "ad hoc" de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) en relación a conocimientos sobre el uso de la prueba de la hemoglobina glicosilada en diabetes.

Se realizó un test previo al inicio de la charla y otro tras finalizarla.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2016.

Resultados:

Obtuvimos una tasa de respuesta del 100%. La muestra estudiada fueron 60 participantes, 35% varones y 65% mujeres, entre 50 y 75 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos y pacientes más receptivos en la consulta.

Destacamos que un 86,9% llevaba más de 2 años con diabetes tipo 2, el 71% desconoce la existencia y para que se usa la hemoglobina glicosilada, un 65% cree que lo más importante para un buen control de su diabetes es la glucemia capilar en ayunas, el 75% está disconforme porque su enfermera no puede atender la consulta de crónicos a primeras horas de la mañana para acudir en ayunas y un 80% cree que es uso de antidiabéticos orales y acudir a las consultas de crónicos es suficiente para el buen control de la DM, no mencionan la dieta y ejercicio.

Conclusiones:

La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y mejora la calidad de vida.

-Explicar detenidamente el problema de salud al que se enfrenta y manejo de mismo, hace que aumente la confianza del paciente sobre el profesional, mejora la comunicación en la consulta y el buen control sobre la enfermedad.

-El método directo de transmitir información es muy útil al igual que revisar y reforzar las conductas llevadas a cabo por nuestros pacientes ya sea en la consulta o en este tipo de reuniones formativas.

Bibliografía

- 1.-Pérez Pastén E., Educación en diabetes, Manual de apoyo para el educador en diabetes. Tomo 2. Aspectos educativos, México, 2018.
- 2.-American Diabetes Association Professional Practice Committee. 6. Glycemic targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S83–S96.
- 3.-International Expert Committee, report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care, 2009 Jul; 32(7):1327-34.

Capítulo 123

La Hipotermia ¿Es eficaz en la encefalopatía hipóxico–isquémica del recién nacido?

*López Resa, Nieves
De Marcos Peña, Seila
Íñiguez Domínguez, Laura*

LA HIPOTERMIA ¿ ES EFICAZ EN LA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÉMICA DEL RECIEN NACIDO?



AUTORES: López Resa, Nieves; De Marcos Peña, Seila; Íñiguez Domínguez, Laura.

Hospital San Pedro Logroño

INTRODUCCIÓN

La Asociación Española de Pediatría define la encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica (EHI) como la constelación de signos neurológicos que aparece después del parto tras un episodio de asfisia y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular, respuestas motoras, reflejos, y ocasionalmente, convulsiones.

La hipotermia, que se define como una disminución de la temperatura entre 3-4 °C en las primeras 6 horas de vida; es una de las intervenciones más empleadas.

DESCRIPTORES

Hipoxia encefálica, hipotermia inducida, recién nacido, enfermería neonatal, mortalidad perinatal.



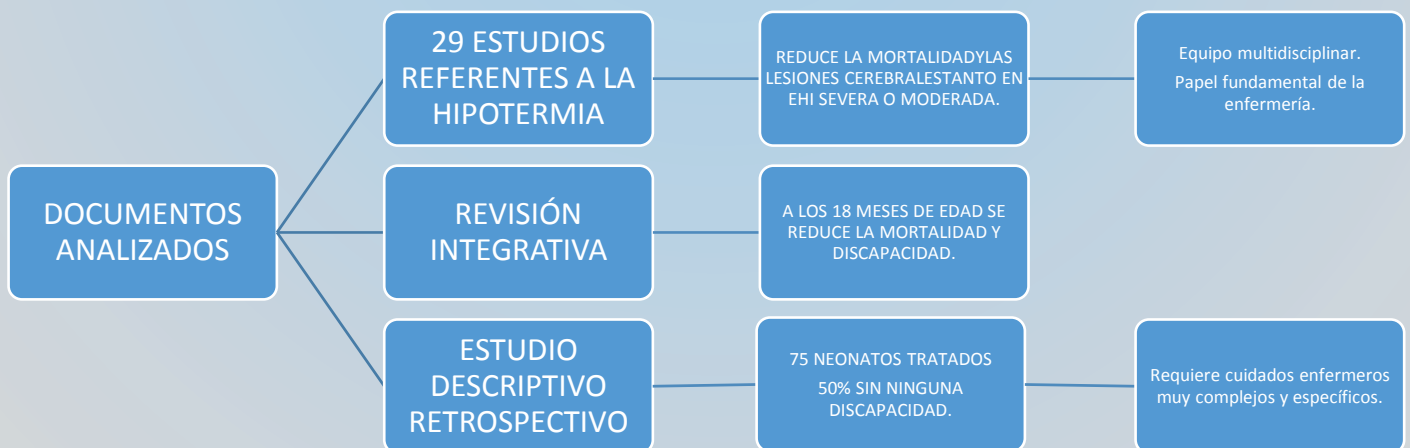
OBJETIVOS

Determinar la eficacia de la hipotermia en la encefalopatía neonatal.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura científica en la base de datos Dialnet durante abril de 2022. Se restringió la búsqueda a resultados con antigüedad inferior a 7 años. Los filtros aplicados fueron idioma castellano y el tipo de documento artículos de revista. La cadena de búsqueda empleada fue “enfermería AND neonato AND hipotermia”. Se obtuvieron 8 registros. Tras una lectura de título y resumen, finalmente se seleccionaron 3 documentos para su análisis por su pertinencia.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

Según la evidencia disponible la hipotermia inducida reduce la mortalidad y secuelas en neonatos con encefalopatía hipóxico-Isquémica.

BIBLIOGRAFÍA

- Gadea uribarri, B., & Pinilla varona, L. (2018). Cuidados de Enfermería en el tratamiento con hipotermia en la encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido. *Metas de Enfermería*, 21. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.21.1003081292>
- Solaz-García, A. J., Sáenz-González, P., Borrás Vaño, M. J., & Montejano-Lozoya, R. (2021). Cuidados enfermeros a neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémica en hipotermia terapéutica. *Revisión bibliográfica. Enfermería Intensiva (English Ed)*, 32(2), 88–99. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.001>
- Macarro Ruiz, D., Sánchez Sánchez, J., Toledano Luna, M., Martínez Martín, E., Martínez Galán, P., & García Rebollo, M. Á. (2015). Hipotermia terapéutica en la asistencia al neonato con encefalopatía hipóxico isquémica. *Metas enferm*, 6-12.

Resumen: La Asociación Española de Pediatría define la encefalopatía neonatal hipóxico isquémica como la constelación de signos neurológicos que aparece después del parto tras un episodio de asfixia y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular, respuestas motoras, reflejos, y ocasionalmente, convulsiones.

La hipotermia, que se define como una disminución de la temperatura entre 3-4 °C en las primeras 6 horas de vida, es una de las intervenciones más empleadas.

Palabras Clave: Hipotermia inducida, Enfermería neonatal, Mortalidad perinatal.

Desarrollo del Trabajo:

Objetivos:

Determinar la eficacia de la hipotermia en la encefalopatía neonatal.

Metodología:

Se realizó una revisión de la literatura científica en la base de datos Dialnet durante abril de 2022. Se restringió la búsqueda a resultados con antigüedad inferior a 7 años. Los filtros aplicados fueron idioma castellano y el tipo de documento artículos de revista. La cadena de búsqueda empleada fue “enfermería AND neonato AND hipotermia”. Se obtuvieron 8 registros. Tras una lectura de título y resumen, finalmente se seleccionaron 3 documentos para su análisis por su pertinencia.

Resultados:

Una revisión de la literatura identificó 29 estudios que hacían referencia a esta técnica. Se demostró que la hipotermia aplicada antes de 6 horas y mantenida durante 72 horas reduce la mortalidad y lesiones cerebrales. Existe controversia en su aplicación en casos severos o moderados, aunque en las 2 se obtienen resultados favorables.

Otro de los estudios se centró en una muestra de 62 recién nacidos desde 2011 a 2015 fallecieron 15. Se llegaron a tratar 75 neonatos de los cuales más de la mitad no presentaron ninguna discapacidad.

Búsqueda de literatura en bases de datos en inglés y español, sin límite de años. Se demostró que a los 18 meses la terapia con hipotermia ha reducido muertes y discapacidad. La evidencia disponible apoya la utilización de la hipotermia en la asistencia al neonato con anoxia.

Bibliografía

1. Gadea uribarri, B., & Pinilla varona, L. (2018). Cuidados de Enfermería en el tratamiento con hipotermia en la encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido. *Metas de Enfermería*, 21. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.21.1003081292>

2. Solaz-García, Á. J., Sáenz-González, P., Borrás Vañó, M. J., & Montejano-Lozoya, R. (2021). Cuidados enfermeros a neonatos con encefalopatía hipóxico-isquémica en hipotermia terapéutica. Revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva (English Ed)*, 32(2), 88–99. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.001>

3. Macarro Ruiz, D., Sánchez Sánchez, J., Toledano Luna, M., Martínez Martín, E., Martínez Galán, P., & García Rebollo, M. Á. (2015). Hipotermia terapéutica en la asistencia al neonato con encefalopatía hipóxico isquémica. *Metas enferm*, 6-12.

Capítulo 124

La Investigación como medio para el desarrollo de Protocolos de formación en Salud

Carvajal Rodríguez, Ana Isabel

LA INVESTIGACIÓN COMO MEDIO PARA EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS DE FORMACIÓN EN SALUD



INTRODUCCIÓN: La actuación tiempo dependiente en algunos incidentes-accidentes y problemas de salud, en la población general y en especial en los niños, siendo los accidentes, la principal causa de muerte en niños sanos mayores de un año. Revela la necesidad de formación protocolizada en primeros auxilios-prevención de accidentes en la edad escolar, y de la figura de la enfermera escolar para desarrollar esta labor de formación, la de prevención y asistencia en primeros auxilios en este ámbito.



OBJETIVOS: Mostrar la necesidad e importancia de que los niños en edad escolar estén formados en primeros auxilios y el importante papel de la figura de la enfermera escolar en la protocolización de esta formación.



METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (CUIDEN, CINAHL, LILACS, PubMed y Scopus). Usando las palabras clave: DESARROLLO INFANTIL, ENFERMERÍA, PRIMEROS AUXILIOS, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, CONOCIMIENTO, EDUCACIÓN. Seleccionando artículos de los últimos 10 años en inglés y español, estudios cuantitativos sobre enfermera escolar, que sean fuente primaria.



DISCUSIÓN: Aunque los artículos seleccionados muestran que la formación en primeros auxilios aumenta y de forma exponencial la seguridad y el grado de disposición de los estudiantes para actuar ante una emergencia. Los resultados de los estudios analizados muestran que los conocimientos son deficientes, independientemente del nivel académico que cursen y así la necesidad e importancia de la formación en primeros auxilios.



RESULTADOS: Los artículos seleccionados muestran que el conocimiento del alumnado en primeros auxilios es deficiente, puntualizando que es ligeramente superior en los alumnos de ciencias de la salud. Tras la formación, se evidencia el aumento de conocimientos, interés, seguridad y disposición para la actuación ante una emergencia.



CONCLUSIÓN: Es importante de la presencia de una enfermera en el ámbito educativo en labores de educación para la salud como asistenciales, dado que el nivel de educación y capacidad de actuación ante emergencias es deficiente en alumnos y profesionales educativos. Se observa que, tras la formación en ambos colectivos, aumentan sus conocimientos, capacidad de prevención y actuación ante ciertas patologías y su seguridad y disposición para actuar.

BIBLIOGRAFÍA:

- Wahl A, Stephens H, Ruffo M, Jones A. L. The evaluation of a food allergy an epinefrine autoinjector training program for personnel who care for children in schools and community settings. The Journal of School Nursing. 2015;3(2):91-98
- Goktas S, Yildirim G, Selmin K. O. S. E., Yildirim, S, Ozhan F, E Senturan L. First aid Knowledge of university students in poisoning cases. Turkish journal of emergency medicine. 2014;14(4):153-159
- Martín R.A. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. Enfermería universitaria. 2015;12(2):88-89
- Vazquez S. V, Montes M. B, López, M. B. R. La enfermera escolar en España: Labores e importancia. Comps. Mª del Mar Molero, José Jesús Gázquez, Mª Carmen Pérez-Fuentes, Mª Mar Simón, 305. 2018: 305.
- Tenorio D. Escobar J.M. Stid Garzón E, Castaño C, Acevedo A. Efectividad de intervenciones educativas en primeros auxilios. 2019BI

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En nuestra Constitución, en el artículo 27, donde se reconoce el derecho a la educación para el pleno desarrollo de la personalidad humana y el art. 43 donde se recoge el derecho de los niños y adolescentes a vivir en un medio saludable y su derecho a la protección de la salud. Como en la Carta derechos Fundamentales de la Unión Europea en su Título II, artículo 14, donde recoge que toda persona tiene derecho a la educación y a recibir de forma gratuita la enseñanza obligatoria. En La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 26 donde nos habla del derecho de toda persona a la educación para su desarrollo.

Muchos de los problemas de morbi-mortalidad en el grupo de personas en edad escolar, están relacionados con hábitos de vida no saludables como adicciones, incumplimiento de normas de prevención automovilística, alimentación no saludable, falta de ejercicio, falta de habilidades de afrontamiento-enfrentamiento a situaciones difíciles, enfermedades crónicas o enfermedades de transmisión sexual o estrés. Hechos demostrados a través de los años con datos estadísticos recogidos por INE en el ámbito nacional, y otros estudios a nivel mundial.

Las conductas saludables se adquieren desde la infancia y adolescencia, por tanto, para que esa educación, derecho de todos, sea para un desarrollo saludable, debería incluir de forma reglada en esas etapas, educación para la salud, evitando o disminuyendo así, con esa formación en primeros auxilios, la principal causa de muerte en mayores de un año sanos.

La enfermera escolar es el profesional cuya responsabilidad, coordinada con el equipo docente, es proporcionar de forma grupal e individualizada; capacitación en prevención, promoción de la salud, detección y solución de problemas en salud y cuidados propios de su competencia en el centro. Esta figura se encuentra implantada desde hace años en algunos países como Alemania, Suiza, Estados Unidos o Francia, en España la salud escolar está incluida en la cartera de servicios de algunas comunidades, promoviendo hábitos saludables, programas de vacunación..., y en otras comunidades comienza a implantarse la enfermera escolar como Madrid, Valencia, Castilla la Mancha o Castellón, pero sin legislación reguladora para toda la comunidad estableciendo criterios únicos a nivel nacional.

En este trabajo deseo plasmar la importancia de la formación adecuada en primeros auxilios como prevención y promoción la salud en cada comunidad y la relevancia para llevar a cabo esta docencia y cuidados en primeros auxilios de la enfermera escolar.

Metodología:

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se emplearon las bases de datos: CUIDEN, CINAHL, PubMed, LILACS y Scopus.

Las palabras clave empleadas: desarrollo infantil, primeros auxilios, enfermería, prevención de accidentes en español e inglés.

La búsqueda ha sido realizada entre diciembre de 2021 y marzo de 2022.

Tesaurus usado según MeSH para búsqueda en Medline/PubMed, con descriptor: "first aid AND nursing AND school health"

Se incluyeron estudios sobre enfermería escolar publicados en español e inglés, en principio sin restricción de año de publicación, ante el elevado número de artículos encontrados se añadieron a los criterios de exclusión artículos duplicados, estudios que no fueran fuentes primarias, idiomas diferentes a los citados, dificultad de acceso al texto completo sin descripción de metodología o sin exposición de resultados, incluidos en los últimos 10 años.

En un primer momento tras la búsqueda sin restricción de años en las bases de datos mencionadas, había 300 artículos, tras una primera lectura de títulos y resúmenes donde fueron descartados 209 por no ser fuentes primarias, estar duplicados o no tener datos cuantitativos para facilitar conclusiones, se continuó comprobando el acceso a la lectura completa del artículo, descripción de metodología y exposición cuantitativa de resultados, quedando 18 documentos seleccionados.

Resultados:

Cotejando resultados de estos artículos que incluyen resultados de forma cuantitativa, vemos que sus cuestionarios incluyen preguntas en varios niveles: conocimiento de actuación en primeros auxilios, en algunos puntualizan en algún aspecto como trauma dental o urgencias psiquiátricas o actuación en enfermedades crónicas como asma u otras, todas incluidas en la categoría estudiada como primeros auxilios.

Y además observamos que las evaluaciones se dirigen tanto a conocimientos del alumnado como del equipo docente y provecho de la intervención docente realizada.

En cuanto a los resultados de conocimientos previos del alumnado en primeros auxilios, con realización de cuestionario previo a la formación por Goktas S et al. Y Alhalaiqa F et al., mostraron que los conocimientos eran deficientes, incluso siendo un nivel universitario, si puntualizan que los conocimientos eran superiores en estudiantes de las ramas sanitarias.

La forma de evaluar los conocimientos previos y adquiridos son evaluados mediante test previo y tras la intervención en casi todos los trabajos seleccionados, y en ellos, tras analizar los conocimientos adquiridos por el alumnado, se concluye que aumentan de forma evidente sus conocimientos y predisposición y seguridad ante la emergencia futura, disminución de la estigmatización de enfermedades crónicas presentes e identificación en la prevención de primeros auxilios. A mayor edad y sexo femenino, la instrucción fue más efectiva, con mejores resultados en las encuestas post intervención.

Se evalúa también el conocimiento del equipo docente de los centros educativos con cuestionarios previos y posteriores a la intervención. Muestran que la mayoría de estos profesionales no han adquirido conocimientos adecuados para cuidados o formación en materia de primeros auxilios a los alumnos, a puntualizar mayores conocimientos en entrenadores deportivos y enfermería escolar que tiene formación y mayor confianza en la actuación y docencia sobre primeros auxilios.

Discusión:

Hay algunas puntualizaciones que nos vienen dadas tras el análisis de los artículos seleccionados.

Los estudios analizados muestran que el nivel es inadecuado y la importancia de la formación en primeros auxilios al equipo docente y al alumnado para mejorar su nivel de seguridad y confianza que aseguren una correcta y temprana actuación ante accidentes o emergencias, mejorando así la morbi-mortalidad en el ámbito escolar, familiar y comunitario.

Los artículos muestran como es deficiente la habilidad y conocimiento en e personal educativo de forma general, pero que tras la docencia los conocimientos se ven aumentados, eso si puntualizando que la calidad y validez de la formación debe estar reglada, en vista que algunos estudios en docentes con formación previa al estudio no veían incrementados sus conocimientos en la materia como muestra Sönmez Y et al.

Se deja ver en los resultados de los estudios como la formación en primeros auxilios disminuye la estigmatización en problemas de salud crónicos y que en general la actitud a la recepción de formación en primeros auxilios en el ámbito escolar, es positiva, disminuyendo ansiedad ante posibles intervenciones y aumentando el grado de seguridad en posibles intervenciones.

Conclusión:

En el ámbito educativo tanto en escolares como profesorado, los conocimientos en primeros auxilios, tanto teóricos como prácticos, son deficitarios.

Tras la formación, en ambos grupos, aumentan sus conocimientos de forma evidente y su actitud ante la posible actuación, viéndose incrementado su grado de seguridad y su motivación a la hora intervenir en una posible emergencia.

A pesar de la clara necesidad de formación en esta materia, de los beneficios que reporta el conocimiento de calidad en primeros auxilios, tanto en el entorno educativo, extrapolables al entorno familiar o al resto de la sociedad, de forma más evidente aún en problemática tiempo dependiente como parada cardio respiratoria, hemorragias, pérdidas de conciencia, crisis convulsivas, hipoglucemias, etc. donde la falta de actuación o actuación errática pueden desembocar en muerte o morbilidad crónica. Aún no existe una formación que unifique criterios, ni recursos necesarios para una formación continua que dote de esos conocimientos necesarios en todas las situaciones que puedan ocurrir en ámbito escolar.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del niño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Recuperado a partir de: https://www.who.int/topics/child_health/es/
- Vázquez S. V, Montes M. B, López, M. B. R. La enfermera escolar en España: Labores e importancia. Comps. Ma del Mar Molero José Jesús Gázquez Ma del Carmen Pérez-Fuentes Ma del Mar Simón, 305. 2018: 305.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Primeros Auxilios [Internet]. Lozano C.2017. Recuperado a partir de: <https://semes.org/blog/espaa-es-uno-de-los-paises-de-europa-con-menos-formacion-en-primeros-auxilios>
- Rodríguez N. Manual de primeros auxilios. 2011.
- Fernandino M. N Lleixà M.F (dir.). Enfermería escolar: una revisión bibliográfica [Trabajo fin de Grado en Internet]. [Tortosa]. Universitat Rovira Virgili; 2016. Recuperado a partir de: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2017/03/treball-de-fi-de-grau-1.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria [Internet]. Conserjería de Salud y Familias. 2014. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_III_1_3_1_2

Capítulo 125

La maniobra de Somersault ante la presencia de circulares de cordón en el expulsivo

*Segura Trujillo, Sara
Domínguez Domingo, Francisco Javier
Trujillo Trujillo, María Lourdes*

LA MANIOBRA DE SOMERSAULT ANTE LA PRESENCIA DE CIRCULARES DE CORDÓN EN EL EXPULSIVO.

SARA SEGURA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER DOMÍNGUEZ DOMINGO; M^a LOURDES TRUJILLO TRUJILLO.

INTRODUCCIÓN:

Las circulares de cordón alrededor del cuello fetal tienen una frecuencia de aparición del 21-35% de los partos. Éstas incrementan su presencia conforme aumenta la edad gestacional, los movimientos fetales, en cordones demasiado largos (>70cm) y fetos de sexo masculino. La mayoría de ellas son transitorias y no suelen permanecer más allá de 4 semanas.

Las circulares únicas son más frecuentes que las múltiples (3% de los nacimientos) y se presentan de dos formas: circulares laxas (21%) o apretadas (6,6%).



Pese a ello, aún no existe en los profesionales que atienden el parto un criterio unificado en cuanto a su manejo en el expulsivo. Por tanto, vemos necesario mostrar las distintas formas de actuación junto a la evidencia científica existente al respecto.

OBJETIVOS:

- Describir la realización de la maniobra de Somersault
- Conocer las distintas formas de actuación ante la presencia de circulares de cordón en el expulsivo y su evidencia científica para unificar criterios de actuación garantizando una mayor calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cochrane Plus, Web of Science, Dialnet, IBECS, Cuidatge, ENFISPO y CUIDEN. También fueron consultados guías y protocolos nacionales e internacionales de organizaciones científicas y profesionales.

Palabras clave: cordón umbilical, segundo periodo del trabajo de parto, vueltas del cordón al cuello.



CONCLUSIONES:

A pesar de lo relativamente frecuente de la aparición de circulares de cordón en el parto vaginal eutócico, existe cierta controversia por parte de los profesionales en cuanto a su manejo en el expulsivo.

No se han hallado estudios comparativos entre el manejo activo y pasivo de las circulares de cordón, aunque sí se han observado efectos perinatales graves debidos al pinzamiento y corte precoz, especialmente ante una distocia de hombros. Por tanto, el mantenimiento íntegro del cordón umbilical y su pinzamiento tardío ayudarían a perfundir los tejidos de un recién nacido con restricción temporal de aporte de oxígeno a causa de la circular.

La maniobra de Somersault se presentaría como alternativa para la reducción de circulares de cordón apretadas, evitando así su corte precoz junto al riesgo de la privación de oxígeno ante un retraso en el expulsivo. Por ello, con una actitud expectante se conseguirían mejores resultados perinatales.

Se concluye pues, la necesidad de realizar más estudios científicos comparando las diversas maniobras de intervención con el objetivo de unificar la actuación profesional obteniendo así unos mejores resultados materno-fetales.

RESULTADOS:

Las circulares pueden aparecer y desaparecer durante la gestación, por lo que su diagnóstico durante este periodo no parece ser eficaz, ni conlleva cambios significativos de cara al parto. Por tanto, no se recomienda buscarlas en la ecografía ya que además, el bebé rota y se mueve durante el parto y a menudo puede desenroscar una vuelta que tenía o crearse una que no tenía sirviendo además para causar ansiedad a los padres. Las circulares solo son visibles cuando sale la cabeza del bebé.

Llegados al momento del expulsivo nos encontramos con varias opciones para su manejo:

- Rechazo del cordón deslizándolo por encima de la cabeza o sobre los hombros.



• Si esto no fuese posible y la circular está apretada se tiende a pinzar en dos puntos el cordón y seccionarlo antes de la salida de los hombros. Esta maniobra también priva al recién nacido de los beneficios del pinzamiento tardío del cordón y estaría desaconsejada ante una distocia de hombros por sus efectos perinatales graves debido a que en este caso, sería crucial mantener un aporte de oxígeno adecuado ya que la circulación placentaria mantiene el equilibrio ácido-base tras la disminución de oxígeno.

La OMS junto con la FIGO han retirado la recomendación del pinzamiento precoz como maniobra para liberar la circular de cordón con el objetivo de mantener la circulación materno-fetal hasta que deje de latir.



Aunque esta práctica de cortar precozmente el cordón no se debe rechazar completamente, dejar la circular intacta, o al menos evitar pinzar hasta que el hombro anterior se deslice por debajo del hueso púbico, protegería al bebé durante una distocia de hombros.

• Por tanto, el manejo activo de la circular no está exento de riesgos por lo que se desarrollan alternativas de manejo pasivo como la **maniobra de Somersault**, útil para gestionar las circulares de cordón apretadas o cordones cortos manteniéndolo a su vez intacto. Fue descrita por primera vez por Schorn y Blanco en 1991.

Consiste en flexionar la cabeza del recién nacido (2) hacia el muslo materno y cercano al periné mientras los hombros se desprenden (3). Una vez ha nacido todo el cuerpo se le da una voltereta hacia abajo con sus pies dirigidos hacia los de la madre y se libera la circular (4).

Resumen: Las circulares de cordón son un suceso bastante frecuente al nacimiento desarrollándose sin complicaciones en la mayoría de los casos.

La mayor parte de los profesionales dedicados a la obstetricia parecen decantarse por un manejo activo, mientras que otros prefieren no intervenir, sin existir un claro consenso.

La maniobra de Somersault sería una alternativa para la reducción de circulares de cordón apretadas evitando su corte precoz.

Palabras Clave: Cordón umbilical, Segundo periodo del trabajo de parto, Vueltas del cordón al cuello

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las circulares de cordón alrededor del cuello fetal tienen una frecuencia de aparición del 21-35% de los partos. Éstas, incrementan su presencia conforme aumenta la edad gestacional, los movimientos fetales, en cordones demasiado largos (mayores de 70 cm) y fetos de sexo masculino. La mayoría de ellas son transitorias y no suelen permanecer más allá de cuatro semanas.

Las circulares únicas son más frecuentes que las múltiples (3% de los nacimientos) y se presentan de dos formas: circulares laxas (21%) o apretadas (6,6%).

Pese a ello, aún no existe en los profesionales que atienden el parto un criterio unificado en cuanto a su manejo en el expulsivo. La mayoría aboga un manejo activo frente a otros que prefieren una práctica pasiva. Por tanto, vemos necesario mostrar las distintas formas de actuación junto a la evidencia científica existente al respecto.

Objetivos:

-Describir la realización de la maniobra de Somersault

-Conocer las distintas formas de actuación ante la presencia de circulares de cordón en el expulsivo y su evidencia científica para unificar criterios de actuación garantizando una mayor calidad asistencial.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos y buscadores: PubMed, Cochrane Plus, Web of Science, Dialnet, IBECs, Cuidatge, ENFISPO y CUIDEN. También fueron consultados guías y protocolos nacionales e internacionales de organizaciones científicas y profesionales.

Resultados:

Las circulares de cordón durante la gestación son un hecho normal de la vida intrauterina y que rara vez se asocian a morbilidad perinatal. No se ha observado relación con alteraciones del

crecimiento fetal intraútero: los exámenes realizados con eco-Doppler no encontraron diferencias significativas que alterasen los valores normales en la arteria cerebral media y umbilical.

La presencia de una única o múltiple circular de cordón resultó ser un hallazgo insuficiente para explicar la muerte fetal.

En cuanto al parto, tampoco se ha visto disminución en el test de Apgar a los 5 minutos en los recién nacidos con circulares de cordón ni diferencias significativas en cuanto al peso o la talla al nacimiento.

Las circulares pueden aparecer y desaparecer durante la gestación, por lo que su diagnóstico durante este periodo no parece ser eficaz, ni conlleva cambios significativos de cara a su manejo en el parto. Por tanto, no se recomienda buscarlas en la ecografía ya que además, el bebé rota y se mueve durante el parto y a menudo puede desenroscar una vuelta que tenía o crearse una que no tenía sirviendo además para causar ansiedad a los padres. Las circulares solo son visibles cuando sale la cabeza del bebé.

Llegados al momento del expulsivo nos encontramos con varias opciones para su manejo:

- Rechazo del cordón deslizándolo por encima de la cabeza o sobre los hombros.

- Si esto no fuese posible y la circular está apretada se tiende a pinzar en dos puntos el cordón y seccionarlo antes de la salida de los hombros. Esta maniobra también priva al recién nacido de los beneficios del pinzamiento tardío del cordón y estaría desaconsejada ante una distocia de hombros por sus efectos perinatales graves debido a que en este caso, sería crucial el mantenimiento de un aporte de oxígeno adecuado ya que la circulación placentaria mantiene el equilibrio ácido-base tras la disminución de oxígeno.

La OMS, junto con la FIGO, han retirado la recomendación del pinzamiento precoz como maniobra para liberar la circular cordón con la finalidad de mantener la circulación materno-fetal hasta que deje de latir.

Aunque esta práctica de cortar precozmente el cordón no se debe rechazar completamente, dejar la circular intacta, o al menos evitar pinzar hasta que el hombro anterior se deslice por debajo del hueso púbico, protegería al bebé durante una distocia de hombros.

- Por tanto, el manejo activo de la circular no está exento de riesgos por lo que se desarrollan alternativas de manejo pasivo como la maniobra de **Somersault**, útil para gestionar las circulares de cordón apretadas o cordones cortos manteniéndolo a su vez intacto. Fue descrita por primera vez por Schorn y Blanco en 1991.

Consiste en flexionar la cabeza del recién nacido hacia el muslo materno y cercano al periné mientras los hombros se desprenden. Una vez ha nacido todo el cuerpo se le da una voltereta hacia abajo con sus pies dirigidos hacia los de la madre y se libera la circular.

Conclusiones:

A pesar de lo relativamente frecuente de la aparición de circulares de cordón en el parto vaginal eutócico, existe cierta controversia por parte de los profesionales en cuanto a su manejo en el expulsivo.

No se han hallado estudios comparativos entre el manejo activo y pasivo de las circulares de cordón, aunque sí se han observado efectos perinatales graves debidos al pinzamiento y corte precoz, especialmente ante una distocia de hombros.

Por tanto, el mantenimiento íntegro del cordón umbilical y su pinzamiento tardío ayudarían a perfundir los tejidos de un recién nacido con restricción temporal de aporte de oxígeno a causa de la circular.

La maniobra de Somersault se presentaría como alternativa para la reducción de circulares de cordón apretadas, evitando así su corte precoz junto al riesgo de la privación de oxígeno ante un retraso en el expulsivo. Por ello, con una actitud expectante se conseguirían mejores resultados perinatales.

Se concluye pues, la necesidad de realizar más estudios científicos comparando las diversas maniobras de intervención con el objetivo de unificar la actuación profesional obteniendo así unos mejores resultados materno-fetales.

Bibliografía

- 1.- García EO, Sacristán AR, Rivas AG, Pinillos BM. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas Prof.* 2009; 10(2): 25-8.
- 2.- Webbon L. Management of umbilical cord clamping. *Pract Midwife.* 2013; 16(2): 23-6.
- 3.- Jackson H, Melvin C, Downe S. Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions. *J Midwifery Women Health.* 2007; 52(1): 49-55.
- 4.- Mercer JS, Skovgaard RL, Peareara-Eaves J, Bowman TA. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Women Health.* 2005; 50(5): 373-9.
- 5.- Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas Prof.* 2015; 16(3): 103-107.

Capítulo 126

La Neuromodulación del Tibial posterior en el Tratamiento de las Incontinencias Fecales: Una Revisión Bibliográfica

*Baeza Gómez-Villaboa, Marina
Cano Alcaraz, Cristian*

NEUROMODULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LAS INCONTINENCIAS FECALES

Actualmente una parte de nuestra población padece de incontinencia fecal y no es capaz de retrasar la defecación hasta que sea el momento y el lugar adecuados para realizarla. Esto supone una notable disminución de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, conllevando también una serie de repercusiones tanto a nivel sanitario, social como económico.

¡OBJETIVO!

Analizar la neuromodulación del tibial posterior en el tratamiento de las incontinencias fecales, evaluar los beneficios que aporta y si puede ser incluida dentro del conjunto de técnicas conservadoras para el tratamiento de las incontinencias fecales.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline (Pubmed), Pedro, Cochrane y Scielo. Los artículos obtenidos fueron publicados entre los años 2013 y 2020. La literatura consta de pacientes con incontinencia fecal cuyas estrategias de tratamiento conservador no han sido efectivas.



RESULTADOS

Fueron seleccionados 4 estudios con buena evidencia científica para evidenciar que la aplicación de la neuromodulación del tibial posterior disminuye el número de episodios de incontinencia fecal a la semana.

CONCLUSIONES

La neuromodulación del tibial posterior podría ser efectiva y aportar un beneficio modesto para algunos pacientes cuyo tratamiento conservador no ha resultado efectivo, será por tanto necesario en investigaciones futuras determinar el tipo de paciente que puede beneficiarse de dicha terapia.

PALABRAS CLAVES:

Fecal Incontinence.
Transcutaneous Electric Nerve Stimulation.
Posterior Tibial Nerve.

AUTORES:
MARINA BAEZA GOMEZ-VILLABOA
CRISTIAN CANO ALCARAZ

Resumen: Actualmente, una parte de nuestra población padece de incontinencia fecal y no es capaz de retrasar la defecación hasta que sea el momento y el lugar adecuados para realizarla. Esto supone una notable disminución de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, conllevando también una serie de repercusiones tanto a nivel sanitario, social como económico.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo evaluar la efectividad de la técnica de neuromodulación del tibial posterior en el tratamiento de las incontinencias fecales, evaluar los beneficios que aporta y si puede ser incluida dentro del conjunto de técnicas conservadoras para el tratamiento de las incontinencias fecales.

Palabras Clave: Incontinencia Fecal: Fecal Incontinence - Estimulación eléctrica Transcutánea del Nervio: Transcutaneous Electric Nerve Stimulation - Tibial Posterior: Posterior Tibial Nerve.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Actualmente, una parte importante de nuestra población padece incontinencia fecal y no es capaz de diferir la defecación hasta que sean el lugar y el momento adecuados para realizarla.

Esta situación conlleva una serie de problemas tanto físicos como psicológicos que disminuyen notablemente la calidad de vida de la persona que lo padece pudiendo ocasionar aislamiento y rechazo social. Además, supone una gran repercusión tanto a nivel sanitario, social como económico. Las tasas de prevalencia parecen oscilar entre el 7 y el 20 por ciento de la población general y se ven aumentadas al 40 por ciento entre la población anciana siendo este uno de sus principales motivos de institucionalización. Su abordaje es todo un reto hoy día debido a su múltiple etiología, por lo que se hace imprescindible su abordaje multidisciplinar.

Justificación:

La incontinencia fecal es todo un reto hoy día, supone para la persona que la padece un impacto tanto a nivel emocional como social y una notable disminución de su calidad de vida por lo que se hace más que necesario su estudio para poder determinar mejores formas de abordaje y cada vez menos invasivas que puedan utilizarse en la mejora de los pacientes presentan IF.

Objetivo:

Principal: El objetivo principal de este trabajo es evaluar la efectividad de la técnica de neuromodulación del tibial posterior en el tratamiento de las incontinencias fecales.

Secundarios:

- Evaluar los beneficios que supone la aplicación de la técnica en el tratamiento de las incontinencias fecales.
- Analizar los posibles efectos adversos derivados de la aplicación de la técnica.
- Determinar si esta técnica puede formar parte del tratamiento conservador en el tratamiento de las incontinencias fecales.

Material y Método:

Para dar respuesta a estos objetivos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los últimos 8 años acerca de la efectividad de la neuromodulación del tibial posterior en el tratamiento de las incontinencias fecales. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline (Pubmed), Cochane, Pedro y Scielo.

Lo primero a realizar fue la búsqueda de las palabras claves en términos Mesh, las palabras claves fueron:

- Incontinencia Fecal: Fecal Incontinence
- Estimulación eléctrica Transcutánea del Nervio: Transcutaneous Electric Nerve Stimulation.
- Tibial Posterior: Posterior Tibial Nerve

Una vez encontradas las palabras claves se combinaron mediante el operador booleano "AND" y se empezó la búsqueda.

Se realizó una búsqueda de las revisiones bibliográficas existentes sobre el tema a tratar y se encontró la última revisión en Noviembre del 2013, cuyo título es "Posterior Tibial Nerve Stimulation for the Treatment of Fecal Incontinence: A Systematic Evidence Review" procediéndose entonces a la búsqueda de los documentos primarios con los que poder realizar un artículo que reuniera la información existente desde Octubre 2013 hasta Diciembre 2020.

Resultados:

Son 4 los artículos que finalmente han sido seleccionados para responder a los objetivos expuestos en el presente trabajo.

Tras los resultados alentadores de la eficacia de la neuromodulación del tibial posterior en el ámbito urológico, diferentes estudios empezaron a analizar la aplicación de esta técnica en el tratamiento de las incontinencias fecales.

Dentro de esta revisión bibliográfica se describen dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que establecen las últimas comparaciones entre la aplicación del PTNS en comparación con un grupo placebo, un ECA que establece la última comparación entre PTNS y SNS y un ECA que propone el uso de un nuevo dispositivo de uso domiciliario para el tratamiento de las IF.

Van der Wilt et al, concluye que la PTNS puede ofrecer un pequeño beneficio en el tratamiento de las IF, encontrando que un 45% de los pacientes a los que se les aplicó PTNS presentan una reducción del 50 % de número de episodios de IF a la semana en comparación al 20% del grupo placebo. Mientras que Horrocks et al determina que la PTNS no aporta ningún beneficio clínico significativo encontrando que tan solo un 38% de los pacientes pertenecientes a PTNS encuentran una reducción del 50% del número de episodios de IF a la semana en comparación con el 31% del grupo placebo.

Thin et al, proporciona la primera comparación directa entre la efectividad de la neuromodulación de las raíces sacras con la neuromodulación del tibial posterior y concluye afirmando que a corto 28 plazo tanto SNS como PTNS proporcionan algún beneficio clínico a los pacientes con incontinencia fecal manifestando que los pacientes encuentran una reducción del 50% en el número de episodios de IF a los 6 meses un 61% de los pacientes de SNS y un 47% de los pacientes de PTNS.

Rimmer et al sugiere el uso de un nuevo dispositivo de uso domiciliario proponiéndolo como seguro y aceptable para el tratamiento de la incontinencia fecal y encontrando que entre el 33 y 36% de los pacientes encuentra una reducción del 50% en el número de episodios de incontinencia fecal a la semana.

Conclusiones:

La neuromodulación del tibial posterior podría ser efectiva para algunos pacientes cuyo tratamiento conservador no ha resultado efectivo. Resulta ser una técnica de bajo coste, simple, no invasiva y que incluso puede aplicarse de forma ambulatoria o de manera domiciliaria en ciertos casos. No se registraron efectos adversos de importancia en las diferentes formas de aplicación de la técnica. Esta técnica podría formar parte del tratamiento conservador para el tratamiento de las IF ayudando por tanto a ampliar las opciones de tratamiento en pacientes que no puedan recibir un tratamiento intervencionista.

Bibliografía

1- Van der Wilt AA, Giuliani G, Kubis C, van Wunnik BPW, Ferreira I, Breukink SO, et al. Randomized clinical trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation in patients with faecal incontinence. *Br J Surg.* agosto de 2017;104(9):1167-76.

2- Horrocks EJ, Bremner SA, Stevens N, Norton C, Gilbert D, O'Connell PR, et al. Double-blind randomised controlled trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation in the treatment of faecal incontinence: CONtrol of Faecal Incontinence using Distal Neuromodulation (the CONFIDeNT trial). *Health Technol Assess Winch Engl.* septiembre de 2015;19(77):1-164.

3- Thin NN, Taylor SJC, Bremner SA, Emmanuel AV, Hounscome N, Williams NS, et al. Randomized clinical trial of sacral versus percutaneous tibial nerve stimulation in patients with faecal incontinence. *Br J Surg.* marzo de 2015;102(4):349-58

4- Rimmer CJ, Knowles CH, Lamparelli M, Durdey P, Lindsey I, Hunt L, et al. Short-term Outcomes of a Randomized Pilot Trial of 2 Treatment Regimens of Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation for Fecal Incontinence: *Dis Colon Rectum.* octubre de 2015;58(10):974-82.

Capítulo 127

La versión cefálica externa (VCE) en fetos con presentación podálica

Gómez Gutiérrez, María José

La versión cefálica externa (VCE) en fetos con presentación podálica

SATSE

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica que mediante manipulación externa de los polos fetales, pretende desplazar la presentación pelviana del estrecho superior, dirigir la versión fetal y llevar el polo cefálico a ocupar el estrecho superior de la pelvis materna.

Objetivos



- ▶ Determinar cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de la maniobra de VCE.
- ▶ Identificar cómo se realiza la maniobra de VCE.
- ▶ Analizar las complicaciones de la VCE.

Palabras clave

Versión cefálica externa, podálica, embarazo.

Material y métodos



Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con maniobra de versión cefálica externa en fetos en podálica, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: **Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.**



- ▶ Revisiones bibliográficas del tema.
- ▶ Artículos sobre versión cefálica externa.
- ▶ Artículos de la labor de la matrona en este tema.
- ▶ Artículos en castellano e inglés.
- ▶ Artículos con fecha de 2017 o posterior.



- ▶ Artículos sobre lactancia materna y otros coronavirus.
- ▶ Artículos exentos de interés enfermero.
- ▶ Artículos anteriores al año 2017.

Resultados

¿Cuáles son las indicaciones para realizar la VCE?

- La **Versión Cefálica Externa (VCE)** está indicada en las gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica.
- Idealmente debe realizarse entre la semana **36 y 37+6** y aceptable desde las 35 semanas y hasta el parto.

¿Cuáles son las contraindicaciones absolutas y relativas de la VCE?

ABSOLUTAS

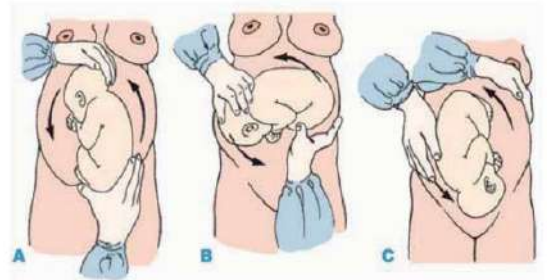
- ❖ Gestación múltiple
- ❖ Anomalías de la placentación
- ❖ Infecciones maternas activas (VIH, VHB, VHC)
- ❖ Isoinmunización Rh
- ❖ Amniorrexis
- ❖ Trastornos de la coagulación
- ❖ Malformación fetal o uterina significativa
- ❖ Sospecha de compromiso del estado de bienestar fetal
- ❖ Antecedente de desprendimiento de placenta normoinsera
- ❖ Preeclampsia severa, Síndrome de HELLP
- ❖ CIR con alteraciones del Doppler fetal
- ❖ Exitus fetal

RELATIVAS

- Cesárea o cirugía uterina previa
- Trastornos hipertensivos
- Trabajo de parto ya iniciado
- Oligoamnios severo
- Dificultades para la valoración de la presentación fetal por maniobras de Leopold

¿Cómo se realiza la maniobra?

- ❖ Si columna vertebral fetal y cabeza están al mismo lado de la línea media materna, se intenta un desplazamiento inverso ("**black flip**"). En caso contrario se intenta un desplazamiento hacia delante ("**forward roll**").
- ❖ La **pelvis fetal** liberada se eleva a la vez que un segundo operador se desciende la cabeza fetal; los polos giran en direcciones opuestas. La maniobra finaliza cuando el polo cefálico se emplaza en la pelvis materna.



¿Cuáles son las complicaciones de la VCE?

- Aunque es un procedimiento de bajo riesgo, se han descrito complicaciones en un 6.1%. Las más frecuentes son: **alteraciones transitorias** del registro cardiotocográfico (RCTG), **sangrado vaginal**, **amniorrexis** y trabajo de parto < 24 horas.
- Con menor frecuencia, se ha descrito **dinámica uterina oligosintomática** en el monitor post-procedimiento e hipotensión materna durante las maniobras. El porcentaje de **cesáreas intraparto** tras versión cefálica exitosa es discretamente más alta que el de la población de bajo riesgo (16 vs 13%).

Conclusiones

- ▶ La **VCE** está indicada en gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal.
- ▶ El **black flip** y el **forward roll** son 2 tipos de maniobras de VCE en función de la relación de las partes materna y fetal.
- ▶ Las complicaciones más frecuentes son: **alteraciones transitorias** del RCTG, **sangrado vaginal**, **amniorrexis** y trabajo de parto < 24 horas.

Bibliografía

- ▶ Fernández D. *Discrepancias about external cephalic version in clinical practice for the management of breech delivery.* Rev Peru Med. Lima; 2021; 39 (3): 476-8.
- ▶ Vila M, Sales A, Silva G. *Versión cefálica externa: una alternativa para reducir la tasa de cesáreas.* Rev Portales Med. 2017; 37(1): 4-13.
- ▶ Otero N. *Evaluation of the technique external cephalic version as an alternative to the caesarean section.* Rev Nurs. Oviedo; 2017; 14(87): 1-10.

▶ Hospital Clínic de Barcelona. *Versión cefálica externa.* Barcelona; 2019; 1-6.

Resumen: La presentación de nalgas es aquella en la que la pelvis del feto está en contacto con la pelvis materna. Conforme avanza la gestación, la mayoría de los fetos presentan su cabeza en la pelvis materna. Esta versión cefálica espontánea es cada vez más infrecuente a medida que avanza la gestación y es poco frecuente que el feto modifique su estática fetal a término (salvo en multigestas o en poli hidramnios). La presentación no cefálica a término tiene una incidencia de entre el 3 y 4%. La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica que, mediante manipulación externa de los polos fetales, pretende desplazar la presentación pelviana del estrecho superior, dirigir la versión fetal y llevar el polo cefálico a ocupar el estrecho superior de la pelvis materna. El porcentaje global de éxito del 53 al 63%, un 40% en primíparas y 80% en multíparas. Con una tasa global de parto vaginal del 60 al 80% de las pacientes versionadas.

Palabras Clave: Versión cefálica externa, Podálica, Embarazo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica que, mediante manipulación externa de los polos fetales, pretende desplazar la presentación pelviana del estrecho superior, dirigir la versión fetal y llevar el polo cefálico a ocupar el estrecho superior de la pelvis materna.

Objetivos:

- Determinar cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de la maniobra de VCE.
- Identificar cómo se realiza la maniobra de VCE.
- Analizar las complicaciones de la VCE.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con maniobra de versión cefálica externa en fetos en podálica, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Artículos sobre versión cefálica externa.
- Artículos de la labor de la matrona en este tema.

Artículos en castellano e inglés.

- Artículos con fecha de 2017 o posterior.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre cesáreas programadas por podálica.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2017.

Resultados:

¿Cuáles son las indicaciones para realizar la VCE?

- La **Versión Cefálica Externa** está indicada en las gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica.

- Idealmente debe realizarse entre la semana 36 y 37+6 y aceptable desde las 35 semanas y hasta el parto.

¿Cuáles son las contraindicaciones absolutas y relativas de la VCE?

Contraindicaciones absolutas:

- Gestación múltiple
- Anomalías de la placentación
- Infecciones maternas activas (VIH, VHB, VHC)
- Isoinmunización Rh
- Amniorrexis
- Trastornos de la coagulación
- Malformación fetal o uterina significativa
- Sospecha de compromiso del estado de bienestar fetal
- Antecedente de desprendimiento de placenta normoinserta
- Preeclampsia severa, Síndrome de HELLP
- CIR con alteraciones del Doppler fetal
- Exitus fetal

Contraindicaciones relativas:

- Cesárea o cirugía uterina previa
- Trastornos hipertensivos
- Trabajo de parto ya iniciado
- Oligoamnios severo
- Dificultades para la valoración de la presentación fetal por maniobras de Leopold.

¿Cómo se realiza la maniobra?

- Si la columna vertebral fetal y la cabeza están al mismo lado de la línea media materna, se intenta un desplazamiento inverso ("**black flip**"). En caso contrario se intenta un desplazamiento hacia delante ("**forward roll**").

- La **pelvis fetal** liberada se eleva a la vez que un segundo operador se desciende la cabeza fetal; los polos giran en direcciones opuestas. La maniobra finaliza cuando el polo cefálico se emplaza en la pelvis materna.

¿Cuáles son las complicaciones de la VCE?

- Aunque es un procedimiento de bajo riesgo, se han descrito complicaciones en un 6.1%. Las más frecuentes son: alteraciones transitorias del registro cardiotocográfico (RCTG), sangrado vaginal, amniorrexis y trabajo de parto < 24 horas.

- Con menor frecuencia, se ha descrito dinámica uterina oligosintomática en el monitor post-procedimiento e hipotensión materna durante las maniobras. El porcentaje de cesáreas intraparto tras versión cefálica exitosa es discretamente más alta que el de la población de bajo riesgo (16 vs 13%).

Conclusiones:

- La **VCE** está indicada en gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal.

- El **black flip** y el **forward roll** son 2 tipos de maniobras de VCE en función de la relación de las partes materna y fetal.

- Las complicaciones más frecuentes son: **alteraciones transitorias** del RCTG, **sangrado vaginal**, **amniorrexis** y trabajo de parto < 24 horas.

Bibliografía

1.- Hospital Clinic de Barcelona. **Versión cefálica externa**. Barcelona: 2019; 1-6.

2.- Fernández D. **Discrepancies about external cephalic versión in clinical practice for the management of breech delivery**. Rev Peru Med. Lima: 2021; 38 (3): 476-8.

3.- Villa M, Siles A, Silva G. **Versión cefálica externa: una alternativa para reducir la tasa de cesáreas**. Rev Portales Med. 2017. 37(1): 4-13.

4.- Otero N. **Evaluation of the technique external cephalic versión as an alternative to the caesarean section**. Rev Nure. Oviedo: 2017; 14(87): 1-10

Capítulo 128

Lactancia materna segura en tiempos de COVID-19.

Gómez Gutiérrez, María José

Lactancia materna segura en tiempos de COVID-19

SATSE

Gómez Gutiérrez, MJ.

Introducción

Desde hace unos años, la **pandemia del COVID-19** ha estado presente en nuestras vidas modificando nuestro estilo de vida y nuestras prácticas habituales. Debido al comportamiento desconocido de este coronavirus, los protocolos de actuación sobre las consecuencias en la lactancia materna y el recién nacido **han cambiado** a medida que se han desarrollado estudios científicos paralelos a la situación actual.

Objetivos



- ▶ Estudiar la seguridad de la lactancia materna en infectadas por COVID-19.
- ▶ Determinar el riesgo de transmisión de COVID-19 a través de la leche materna.
- ▶ Identificar motivos por los que creen que su consumo está limitado.

Palabras clave

Lactancia materna, coronavirus, seguridad

Material y métodos



Se ha realizado una **revisión bibliográfica** de artículos relacionados con la lactancia materna en madres contagiadas por COVID-19, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.



- ▶ Revisiones bibliográficas del tema.
- ▶ Artículos sobre lactancia materna y COVID-19.
- ▶ Artículos de la labor enfermera en este tema.
- ▶ Artículos en castellano e inglés.
- ▶ Artículos con fecha de 2020 o posterior.



- ▶ Artículos sobre lactancia materna y otros coronavirus.
- ▶ Artículos exentos de interés enfermero.
- ▶ Artículos no actualizados.

Resultados

¿Es segura la lactancia materna si la madre tiene COVID-19?

- ▶ Sí. Hasta la fecha, no hay evidencia de que el virus de la COVID-19 se transmita a través de la lactancia. La leche materna contiene anticuerpos beneficiosos para mantener a los bebés sanos y protegidos de muchas infecciones.
- ▶ Además, la lactancia reduce significativamente el riesgo de muerte en los recién nacidos y los bebés pequeños, proporciona beneficios para la salud neonatal y mejora la salud materna.

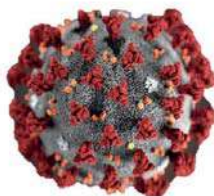
¿Qué precauciones deben tener las madres que amamantan si están infectadas por COVID-19?

Las precauciones a tomar son las siguientes:

- ▶ Llevar mascarilla.
- ▶ Lavarse las manos con agua y jabón, o con un desinfectante para manos con base de alcohol, antes y después de tocar al bebé.
- ▶ Solo lavar el pecho en caso de que la madre haya tosido sobre él.

¿Los bebés pueden infectarse de COVID-19 a través de la leche materna?

Hasta la fecha, no se ha detectado el virus activo en la leche de ninguna madre con COVID-19, por lo que es poco probable que la COVID-19 pueda transmitirse a través de la leche materna. Los científicos continúan analizando la leche materna de madres con sospecha o confirmación de COVID-19.



¿Es seguro continuar amamantando tras vacunarse contra el COVID-19?

Sí, se debe continuar con la lactancia después de la vacunación para proteger a tu bebé. Ninguna de las vacunas de la COVID-19 aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se utilizan actualmente contiene el virus vivo, por lo que no hay riesgo de transmitir el virus al bebé a través de la leche.

Conclusiones

- ▶ La lactancia materna en caso de infección por COVID-19 es totalmente segura.
- ▶ No se ha detectado el virus activo en la leche de ninguna madre con COVID-19, por lo que es poco probable que el COVID-19 pueda transmitirse a través de la leche materna.
- ▶ Todas las vacunas contra el COVID-19 autorizadas por la OMS son compatibles con la lactancia materna, ya que ninguna contiene el virus vivo.

Bibliografía

- ▶ UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna segura durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Nueva York: 2022.
- ▶ Montero-López E, Caparrós-González RA. COVID-19 in pregnant women: breastfeeding and vertical transmission. *Rev Analis Sis San Navarra*. Pamplona: 2020; 43 (2): 25-27.
- ▶ Sanin JE, Velázquez N, Mesa VM, Campo MN. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy, childbirth and lactation. *Rev CES Med*. Medellín: 2022; 34: 25-36.
- ▶ Vila R, Mená D, Gómez A, Asensio N, Cervera A. Manejo del parto, el puerperio y la lactancia en mujeres positivas para SARS-CoV-2. Estudio multicéntrico. *Rev Enferm Clin*. Valencia: 2021; 31 (3): 184-188.

Resumen: La pandemia COVID-19, causada por el virus de nueva aparición SARS-CoV-2, ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública mundial y una pandemia global. Hasta la fecha, no se ha detectado el virus activo en la leche de ninguna madre con COVID-19, por lo que es poco probable que la COVID-19 pueda transmitirse a través de la leche materna. Ninguna de las vacunas de la COVID-19 aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se utilizan actualmente contiene el virus vivo, por lo que no hay riesgo de transmitir el virus al bebé a través de la leche.

Palabras Clave: Lactancia materna, Coronavirus, Seguridad

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Desde hace unos años, la pandemia del COVID-19 ha estado presente en nuestras vidas modificando nuestro estilo de vida y nuestras prácticas habituales. Debido al comportamiento desconocido de este coronavirus, los protocolos de actuación sobre las consecuencias en la lactancia materna y el recién nacido han cambiado a medida que se han desarrollado estudios científicos paralelos a la situación actual.

Objetivos:

- Estudiar la seguridad de la lactancia materna en infectadas por COVID-19.
- Determinar el riesgo de transmisión de COVID-19 a través de la leche materna.
- Identificar motivos por los que creen que su consumo está limitado.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos relacionados con la lactancia materna en madres contagiadas por COVID-19, priorizando los relacionados con la Enfermería. Se han utilizado las bases de datos: Pubmed, The Cochrane Database y Scielo.

Criterios de inclusión:

- Revisiones bibliográficas del tema.
- Artículos sobre lactancia materna y COVID-19.
- Artículos de la labor enfermera en este tema.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos con fecha de 2020 o posterior.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre lactancia materna y otros coronavirus.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos no actualizados.

Criterios de exclusión:

- Artículos sobre cesáreas programadas por podálica.
- Artículos exentos de interés enfermero.
- Artículos anteriores al año 2017.

Resultados:

¿Es segura la lactancia materna si la madre tiene COVID-19?

Sí. Hasta la fecha, no hay evidencia de que el virus de la COVID-19 se transmita a través de la lactancia. La leche materna contiene anticuerpos beneficiosos para mantener a los bebés sanos y protegidos de muchas infecciones.

Además, la lactancia reduce significativamente el riesgo de muerte en los recién nacidos y los bebés pequeños, proporciona beneficios para la salud neonatal y mejora la salud materna.

¿Los bebés pueden infectarse de COVID-19 a través de la leche materna?

Hasta la fecha, no se ha detectado el virus activo en la leche de ninguna madre con COVID-19, por lo que es poco probable que la COVID-19 pueda transmitirse a través de la leche materna. Los científicos continúan analizando la leche materna de madres con sospecha o confirmación de COVID-19.

¿Qué precauciones deben tener las madres que amamantan si están infectadas por COVID-19?

Las precauciones a tomar son las siguientes:

- Llevar mascarilla.
- Lavarse las manos con agua y jabón, o con un desinfectante para manos con base de alcohol, antes y después de tocar al bebé.
- Solo lavar el pecho en caso de que la madre haya tosido sobre él.

¿Es seguro continuar amamantando tras vacunarse contra el COVID-19?

Sí, se debe continuar con la lactancia después de la vacunación para proteger a tu bebé. Ninguna de las vacunas de la COVID-19 aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se utilizan actualmente contiene el virus vivo, por lo que no hay riesgo de transmitir el virus al bebé a través de la leche.

Conclusiones:

- La lactancia materna en caso de infección por COVID-19 es totalmente segura.
- No se ha detectado el virus activo en la leche de ninguna madre con COVID-19, por lo que es poco probable que el COVID-19 pueda transmitirse a través de la leche materna.
- Todas las vacunas contra el COVID-19 autorizadas por la OMS son compatibles con la lactancia materna, ya que ninguna contiene el virus vivo.

Bibliografía

- 1.- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Lactancia materna Segura durante la pandemia de COVID-19** [Internet]. Nueva York: 2022
- 2.- Montero-López E, Caparrós-González RA. **COVID-19 in pregnant women: breastfeeding and vertical transmission**. Rev Anales Sis San Navarra. Pamplona: 2020; 43 (2): 25-27.
- 3.- Sanín JE, Velázquez N, Mesa VM, Campo MN. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy, childbirth and lactation**. Rev CES Med. Medellin: 2022; 34: 25-36.
- 4.- Vila R, Mena D, Gómez A, Asensio N, Cervera A. **Manejo del parto, el puerperio y la lactancia en mujeres positivas para SARS- CoV-2**. Estudio multicéntrico. Rev Enferm Clin. Valencia: 2021; 31 (3): 184-188

Capítulo 129

Lactancia y sueño materno

Ruiz González, Flor María

LACTANCIA Y SUEÑO MATERNO

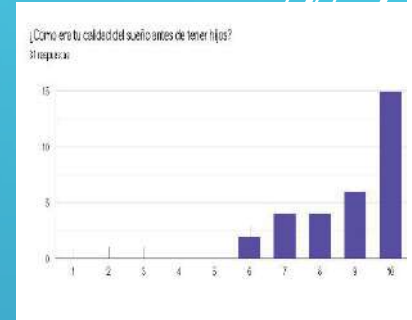
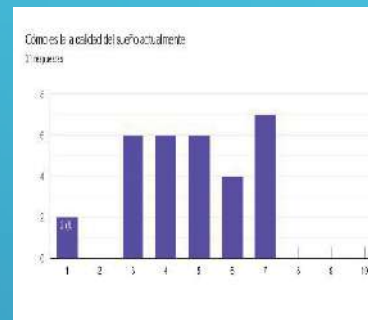
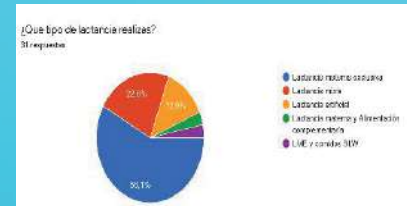
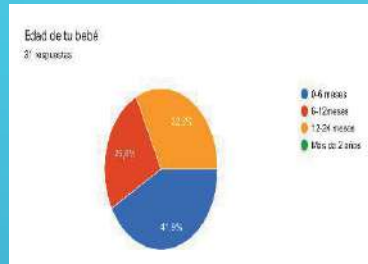
SATSE

AUTOR: Flor María Ruiz González

INTRODUCCIÓN:

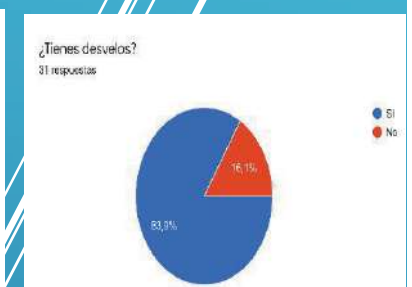
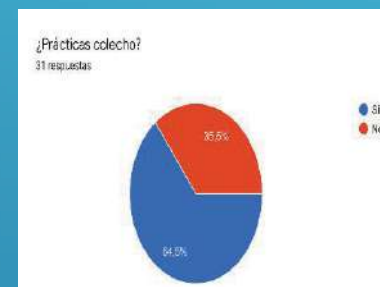
El sueño materno se ve afectado por la llegada del bebé, y por la alimentación que este recibe. Durante esta fase de lactancia pueden darse tres tipos de alimentación diferente:

- Lactancia materna, con la cual se segrega prolactina que induce el sueño de la madre y del niño.
- Lactancia artificial, el lactante toma fórmulas adaptadas.
- Lactancia mixta, es una mezcla de ambas.



OBJETIVOS

- Valorar si el tipo de alimentación influye en el descanso de la madre
- Valorar si la realización de colecho o no afecta al sueño materno.
- Valorar las causas de los desvelos



MÉTODO Y MATERIAL

Se han enviado unos formularios con 7 cuestiones a un grupo de 100 madres, de las cuales respondieron 31.

Se enviaron 6 preguntas con diferentes opciones y una última en la que podían expresar la causa de sus desvelos.

Todas las madres tenían bebés entre 0 y 2 años y se les ha hecho valorar la calidad del sueño previa a tener el bebé y también su calidad posterior.

CONCLUSIONES

La calidad del sueño se ve afectada por la lactancia, la media previa al bebe es 8.9 bajando a una 4.742.

La mayoría de las madres practican colecho, sin embargo eso no modifica la calidad del sueño ni los desvelos.

Se aprecian diferencias en cuanto a los desvelos cuando la lactancia es mixta o artificial, disminuyendo con ésta.

La principal causa de desvelo es levantarse a atender al bebe

BIBLIOGRAFIA Y AGRADECIMIENTOS

PubMed (MEDLINE), buscando palabras claves "lactancia", "sueño", "materno"

IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. 2011 [Internet]. (Consultado el 30/06/2013). Disponible en: <http://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>

Agradecer al grupo Mama mimada su respuesta al formulario

Resumen: Se realiza investigación, mediante envío de formularios para valorar diferencia en la calidad del sueño materno tras la llegada del bebé. Se obtienen datos sobre tipo de lactancia, si se practica colecho y si se tienen o no desvelos.

Palabras Clave: Sueño, Lactancia, Materno

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sueño materno se ve afectado por la llegada del bebé, y por la alimentación que este recibe. Durante esta fase de lactancia pueden darse tres tipos de alimentación diferente: -Lactancia materna, con la cual se segrega prolactina que induce el sueño de la madre y del niño. -Lactancia artificial, el lactante toma fórmulas adaptadas. -Lactancia mixta, es una mezcla de ambas.

Objetivos:

- Valorar si el tipo de alimentación influye en el descanso de la madre
- Valorar si la realización de colecho no afecta al sueño materno.
- Valorar las causas de los desvelos

Material y Método:

Se han enviado unos formularios con 7 cuestiones a un grupo de 100 madres, de las cuales respondieron 31. Se enviaron 6 preguntas con diferentes opciones y una última en la que podían expresar la causa de sus desvelos. Todas las madres tenían bebés entre 0 y 2 años y se les ha hecho valorar la calidad del sueño previa a tener el bebé y también su calidad posterior.

Conclusiones:

La calidad del sueño se ve afectada por la lactancia, la media previa al bebe es 8.9 bajando a una 4.742. La mayoría de las madres practican colecho, sin embargo eso no modifica la calidad del sueño ni los desvelos. Se aprecian diferencias en cuanto a los desvelos cuando la lactancia es mixta o artificial, disminuyendo con ésta. La principal causa de desvelo es levantarse a atender al bebe

Bibliografía

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales, 2012. (Consultado el 25/06/2013). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf
- 2.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2012. (Consultado el 30/06/2013.) Disponible en: <http://www.inec.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/10/&file=06153.px&ty pe=pcaxis&L=0>
- 3.- IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. 2011 [Internet]. (Consultado el 30/06/2013). Disponible en: <http://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>

Capítulo 130

Las Instilaciones como Tratamiento en Patología Vesical

*Sánchez-Elipe Muñoz, Almudena
Bastante Villaseñor, Raquel
Rodríguez López, Rosa María*

LAS INSTILACIONES COMO TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA VESICAL

Sánchez-Elipe Muñoz, Almudena (DUE); Bastante Villaseñor, Raquel (DUE); Rodríguez López, Rosa María (DUE)

INTRODUCCIÓN

Las patologías vesicales son una enfermedad frecuente. Sin ir más lejos, la cistitis es una infección de tracto urinario que puede llegar a afectar a la vejiga y que padecerán al menos una vez en la vida entre el 50-60% de las mujeres. El 25% de éstas tendrán una o más recurrencias.

El ácido hialurónico endovesical es una de las opciones terapéuticas para estos pacientes, tanto como tratamiento protector como reparador. Con este estudio se pretende verificar la efectividad del tratamiento con instilaciones intravesicales de ácido hialurónico.

OBJETIVO

Evaluar el efecto de las instilaciones endovesicales en el tratamiento de pacientes con patologías vesicales

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo aquí expuesto está basado en un estudio descriptivo trasversal en pacientes a los que se les ha realizado instilaciones pautadas por el urólogo.

Los datos recogidos fueron: sexo, edad, enfermedad actual que requiere el tratamiento y si pasado el tiempo necesario había sido efectivo el tratamiento o no. En algunos de los casos estudiados, no contamos todavía con la efectividad por no haber pasado el tiempo necesario para la apreciación de cambios.

Se recogieron datos durante 12 meses naturales. Se omite la fecha de recogida para preservar el anonimato de los participantes. En total se contó con 23 participantes (21 mujeres y 2 hombres) con edades comprendidas entre los 22 y los 79 años.

El posterior análisis se realizó mediante el software informático SPSS.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran cómo en primer lugar, son más las mujeres que son tratadas mediante instilaciones endovesicales que los hombres. Probablemente se deba a la gran repercusión que tienen las cistitis en ellas.

Las cistitis son la patología más tratada por este método, representando un alto porcentaje del total.

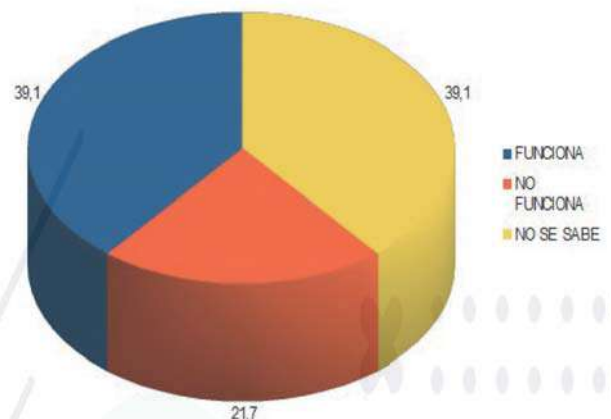
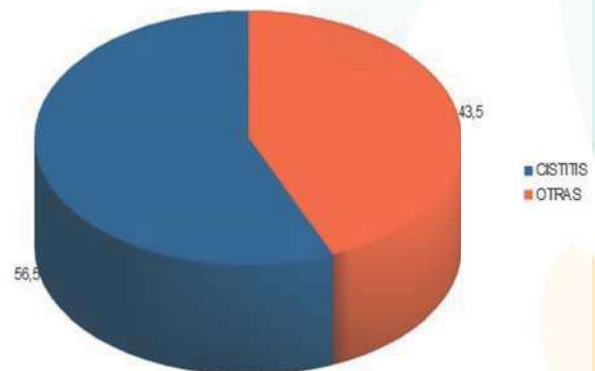
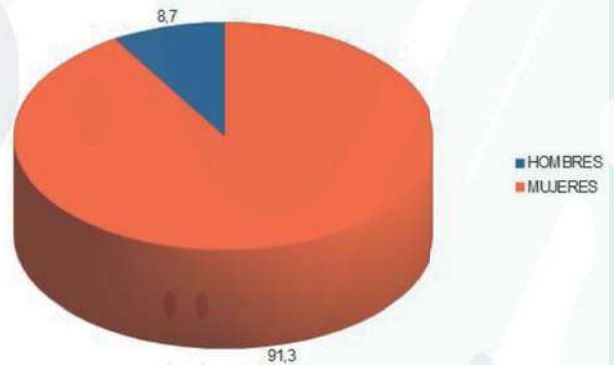
En cuanto a la efectividad del tratamiento, podemos observar que el porcentaje de los casos en los que no funciona es elevado (aunque sea menor que en el caso de los que sí funciona).

Como trabajo futuro proponemos repetir este estudio evaluando más detenidamente los casos en los que no funciona, con el fin de detectar patrones comunes y posibles soluciones alternativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boronat Catalá J, García Tello A, González Montes L, Ruiz Graña S, Torres Pérez D, Llanes González L. Archivos Españoles de Urología 2021;74(7): 639-644.
2. Bejarano, R. C., González, G. C., Ruiz, A. R. Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología. Enfuro 2014;126, 4-1
3. Tamames Benito, M. A. Factores clínicos, recursos diagnósticos y cuidados de enfermería que intervienen en el manejo del estudio y tratamiento de los síntomas miccionales irritativos en mujeres. 2020.

RESULTADOS



Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las patologías vesicales son una enfermedad frecuente. Sin ir más lejos, la cistitis es una infección de tracto urinario que puede llegar a afectar a la vejiga y que padecerán al menos una vez en la vida entre el 50-60% de las mujeres. El 25% de éstas tendrán una o más recurrencias.

El ácido hialurónico endovesical es una de las opciones terapéuticas para estos pacientes, tanto como tratamiento protector como reparador. Con este estudio se pretende verificar la efectividad del tratamiento con instilaciones intravesicales de ácido hialurónico.

Objetivos:

Evaluar el efecto de las instilaciones endovesicales en el tratamiento de pacientes con patologías vesicales.

Material y Método:

El trabajo aquí expuesto está basado en un estudio descriptivo transversal en pacientes a los que se les ha realizado instilaciones pautadas por el urólogo.

Los datos recogidos fueron: sexo, edad, enfermedad actual que requiere el tratamiento y si pasado el tiempo necesario había sido efectivo el tratamiento o no. En algunos de los casos estudiados, no contamos todavía con la efectividad por no haber pasado el tiempo necesario para la apreciación de cambios.

Se recogieron datos durante 12 meses naturales. Se omite la fecha de recogida para preservar el anonimato de los participantes. En total se contó con 23 participantes (21 mujeres y 2 hombres) con edades comprendidas entre los 22 y los 79 años.

Conclusiones:

Los resultados de este estudio muestran cómo en primer lugar, son más las mujeres que son tratadas mediante instilaciones endovesicales que los hombres. Probablemente se deba a la gran repercusión que tienen las cistitis en ellas.

Las cistitis son la patología más tratada por este método, representando un alto porcentaje del total.

En cuanto a la efectividad del tratamiento, podemos observar que el porcentaje de los casos en los que no funciona es elevado (aunque sea menor que en el caso de los que sí funciona).

Como trabajo futuro proponemos repetir este estudio evaluando más detenidamente los casos en los que no funciona, con el fin de detectar patrones comunes y posibles soluciones alternativas.

Bibliografía

1.- Boronat Catalá J, García Tello A, González Montes L, Ruiz Graña S, Torres Pérez D, Llanes González L. Archivos Españoles de Urología 2021;74(7): 639-644.

2.- Bejarano, R. C., González, G. C., Ruiz, A. R. Nuevas perspectivas profesionales: la enfermera de práctica avanzada en Urología. Enfuro 2014;126, 4-1

3.- Tamames Benito, M. A. Factores clínicos, recursos diagnósticos y cuidados de enfermería que intervienen en el manejo del estudio y tratamiento de los síntomas miccionales irritativos en mujeres. 2020.

Capítulo 131

Listado de Verificación Quirúrgica ¿Lo Conoces?

*Rioja Benito, María Purificación
Aranda Camacho, Gema Milagros*

LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ¿LO CONOCES?




Rioja Benito, María Purificación; Aranda Camacho, Gema Milagros. Enfermeras del Servicio Riojano de Salud.

INTRODUCCIÓN

La **seguridad** en la atención a los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento del sistema de salud. Los profesionales del área quirúrgica son los responsables de aplicar una serie de medidas que minimicen al máximo los errores que puedan crear un resultado inesperado.

La Organización Mundial de la Salud propone el uso de un breve cuestionario accesible y adaptable a todos los centros quirúrgicos, la **lista de verificación quirúrgica**.

Términos DeCS: Lista de Verificación; Equipo Quirúrgico; Conocimiento; Errores Médicos.



OBJETIVO

Evaluar

El conocimiento y percepciones del personal de enfermería, cirujanos y anestesiólogos con relación al cumplimiento y utilidad del Listado de Verificación Quirúrgico para disminuir errores en el ingreso de paciente a quirófano.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en Internet, revistas de interés y en la base de datos Dialnet durante el mes de mayo de 2022. La cadena de búsqueda empleada fue "enfermería AND listado de verificación AND quirófano". Se restringió la búsqueda a artículos publicados con una antigüedad inferior a 2 años y en idioma castellano. Por su pertinencia con el tema, se seleccionan tres documentos para su análisis.

RESULTADOS

Tras la lectura de dos estudios observacionales de corte transversal se evidencia que un 64,3% de cirujanos vs un 84,2% y 85,7% de anestesiólogos y personal de enfermería, consideran que previene eventos adversos.

El personal de enfermería se percibe como el grupo que da mayor apoyo en el uso del checklist quirúrgico. Sin embargo, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol tan solo un 10% de las enfermeras conoce este cuestionario.

En un estudio longitudinal prospectivo con análisis retrospectivo, se observan 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. En una segunda etapa, con la planilla de verificación implementada persisten los errores en un 48%.

CONCLUSIONES

- La lista de verificación quirúrgica como herramienta para evitar eventos adversos no es percibida de igual manera entre las distintas categorías del personal quirúrgico.
- Se evidencia la necesidad de mejora en la formación de dicho cuestionario por parte de los profesionales para que haya una uniformidad de conocimientos.
- La puesta en práctica de lista de verificación quirúrgica se reduce de un 115% a un 48% los errores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domingo L, Sala M, Mas CM, Moraga JM, de la Vega ML, Comasa M, Castells X. Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2022;37(1):52-9.
2. Russo Fojo MD, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JA. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. *Ene*. 2021;15(3).
3. Ramos AP, De Antón RM, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, Fidel D, Arena S, Arribalzaga EB. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(8):792-805.

Resumen: *INTRODUCCIÓN: Los profesionales del área quirúrgica son los responsables de aplicar una serie de medidas que minimicen al máximo los errores que puedan crear un resultado inesperado.*

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento del Listado de Verificación Quirúrgica.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en Internet, revistas de interés y base de datos Dialnet seleccionando tres documentos para su análisis.

RESULTADOS: La enfermería da mayor apoyo al uso del checklist quirúrgico aunque solo un 10% lo conoce.

CONCLUSIÓN: Se evidencia la necesidad de mejora en la formación del cuestionario

Palabras Clave: *Lista de Verificación; Equipo Quirúrgico; Conocimiento; Errores Médicos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los profesionales del área quirúrgica son los responsables de aplicar una serie de medidas que minimicen al máximo los errores que puedan crear un resultado inesperado.

La Organización Mundial de la Salud propone el uso de un breve cuestionario accesible y adaptable a todos los centros quirúrgicos, la lista de verificación quirúrgica.

Objetivos:

Evaluar el conocimiento y percepciones del personal de enfermería, cirujanos y anestelistas con relación al cumplimiento y utilidad del Listado de Verificación Quirúrgica para disminuir errores en el ingreso de paciente a quirófano

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en Internet, revistas de interés y en la base de datos Dialnet durante el mes de mayo de 2022. La cadena de búsqueda empleada fue “enfermería AND listado de verificación AND quirófano”. Se restringió la búsqueda a artículos publicados con una antigüedad inferior a 2 años y en idioma castellano. Por su pertinencia con el tema, se seleccionan tres documentos para su análisis.

Resultados:

En dos estudios observacionales de corte transversal se evidencia que un 64,3% de cirujanos vs un 84,2% y 85,7% de anestelistas y enfermeras, consideran que previene eventos adversos.

La enfermería se percibe como el grupo que da mayor apoyo en el uso del checklist quirúrgico. Aunque, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol solo un 10% conoce este cuestionario.

Un estudio longitudinal prospectivo con análisis retrospectivo, recoge 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. En una segunda etapa, con la planilla de verificación implementada persisten los errores en un 48%.

Conclusiones:

La lista de verificación quirúrgica como herramienta para evitar eventos adversos no es percibida de igual manera entre las distintas categorías del personal quirúrgico.

Se evidencia la necesidad de mejora en la formación de dicho cuestionario por parte de los profesionales para que haya una uniformidad de conocimientos.

La puesta en práctica de lista de verificación quirúrgica reduce de un 115% a un 48% los errores.

Bibliografía

1.- Ramos AP, De Antón RM, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, Fidel D, Arena S, Arribalzaga EB. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(8):792-805.

2.- Domingo L, Sala M, Mas CM, Moraga JM, de la Vega ML, Comasa M, Castells X. Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2022;37(1):52-9.

3.- Russo Fojo MD, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JÁ. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. *Ene*. 2021;15(3).

Capítulo 132

Los Virus: ¿Son solo nuestros verdugos o también nuestros Salvadores?

*Adrián Vera, Esther
Díaz Suarez, Marta
Ortiz Patricio, Patricia
Moreno-Manzanero Fernández-Montes, Irene María
Sánchez Serrano, Ana María
Guerrero Agenjo, Carmen María*

LOS VIRUS:

SATSE

¿SON SOLO NUESTROS VERDUGOS O TAMBIEN NUESTROS SALVADORES?

Adrián Vera, E.; Díaz Suarez, M.; Ortiz Patricio, P.; Moreno-Marzanero Fernández-Montes, I.M.; Sánchez Serrano, A.M.; Guerrero Agerjo, C.M.

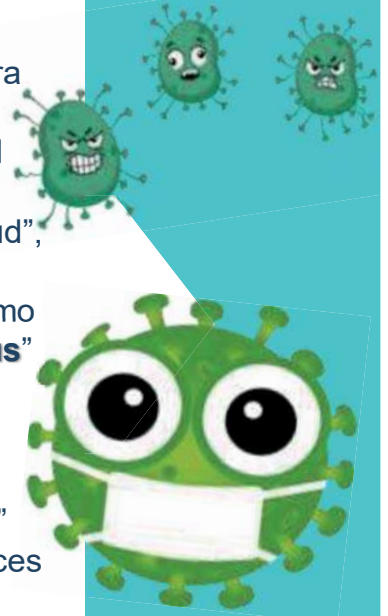
Introducción

Según el diccionario de la real academia de la lengua española la palabra “**virus**” significa organismo de estructura muy sencilla compuesta de proteínas y ácidos nucleicos que son capaces de reproducirse solo en el seno de células vivas específicas usando su metabolismo. La palabra “**virus**” proviene del latín y significa “zumo de plantas nocivo para la salud”, es decir, veneno o ponzoña.

A pesar de que esta definición nos lleva a pensar que un virus es sinónimo de enfermedad y ser nuestros verdugos, queremos averiguar si los “**virus**” pueden ser también salvadores de los seres humanos.

Objetivo

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar si los “**virus**” aparte de crear múltiples problemas a la humanidad, también son capaces de ayudarnos y sacar un beneficio de ellos usándolos de una forma adecuada.



Material y método

Es una revisión bibliográfica de 10 trabajos en los cuales recogen información sobre los beneficios y perjuicios de los virus. Se ha buscado en las bases de datos PUBMED, en la biblioteca COCHRANE, y en el motor de búsqueda de google enfocado y especializado en contenido y bibliografía científico-académico llamado GOOGLE SCHOLAR.

Resultados

De los 10 trabajos

6 de ellos hablan de los múltiples beneficios que tienen los virus en diversas enfermedades y en nuestra vida cotidiana: los virus bacteriófagos, vacunas, antibióticos, yogures, bebidas, terapias génicas y oncoterapias.

4 de ellos desarrollan los perjuicios que han ocasionado los virus como las pandemias, las cuales nos han cambiado aspectos económicos, políticos y sociales de la civilización humano

Conclusiones

Después de la revisión podemos contestar a la pregunta del inicio: «los virus, ¿son solo nuestros verdugos o pueden ejercer también de salvadores?; Realmente podemos afirmar que tienen las dos facetas dado que tanto nos pueden enfermar y causar perjuicios como nos puede curar de muchas enfermedades



Bibliografía

Musab bin Umair, Fujimura Aoe Akisa, Hadia Khashif, Doerat-o-Fatima, Fatima-Bhatt, Mariam Zahar, Isra Munir, Muhammad Ahmed, Wajeha Khalil, Hafiz, Sharyar, Shazia Rafique, Muhammad Shahid, Samia Afzal, Arch Patel. Viruses as tools in gene therapy, vaccine development, and cancer treatment. 2022; 167(6): 1387-1404. Published online 2022 Apr 24. doi: 10.1007/s00705-022-05432-8. PMID:3935288

Thiago A Teixeira, Yasmin C Oliveira, Felipe D Bernardos, Esper G Kallas, Amare A Duarte Neto, Sandro C Esteves, Joel B Devot, Jorge Hallak, Aslan J Andrei. Viral infections and implications for male reproductive health. 2021 Jul-Aug; 33(4):335-347. Published online 2021 Jun 15. doi: 10.4103/aja.aja_82_20. PMID:36269534

María Anel Fuentes Palencia, Adriana Carolina Leyl Cerrou, Carlos, Antonio Martínez Palacios, Victor Manuel Baizabal Aguirre y Juan José Puldez Aracón. El enemigo de mi enemigo es... un virus que ataca a las bacterias: los bacteriófagos. Revista digital universitaria. 4-julio-2021. Vol.22. Num. 4. Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa a Distancia

Resumen: Este trabajo es una revisión bibliográfica sobre los virus que nos rodean, para analizar si solo son verdugos de la humanidad o también pueden ser a la vez nuestros salvadores. Para ello hemos revisados 10 trabajos aleatorios, referentes a los virus para valorar que hay más perjuicios o beneficios.

Palabras Clave: DNA Viruses, Bacteriophages, Vaccines

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según el diccionario de la real academia de la lengua española la palabra “virus” significa organismo de estructura muy sencilla compuesta de proteínas y ácidos nucleicos que son capaces de reproducirse solo en el seno de células vivas específicas usando su metabolismo. La palabra “virus” proviene del latín y significa “zumo de plantas nocivo para la salud”, es decir, veneno o ponzoña. A pesar de que esta definición nos lleva a pensar que un virus es sinónimo de enfermedad y ser nuestros verdugos, queremos averiguar si los “virus” pueden ser también salvadores de los seres humanos.

Objetivos:

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar si los “virus” aparte de crear múltiples problemas a la humanidad, también son capaces de ayudarnos y sacar un beneficio de ellos usándolos de una forma adecuada.

Material y Método:

Es una revisión bibliográfica de 10 trabajos en los cuales recogen información sobre los beneficios y perjuicios de los virus. Se ha buscado en las bases de datos PUBMED, en la biblioteca COCHRANE, y en el motor de búsqueda de google enfocado y especializado en contenido y bibliografía científico-académico GOOGLE SCHOLAR.

Resultados:

De los 10 trabajos revisados:

- 6 de ellos nos hablan de los múltiples beneficios que tienen los virus en diversas enfermedades y en nuestra vida cotidiana, por ejemplo: virus bacteriófagos (que infectan exclusivamente a las bacterias, por lo que se hacen aliados nuestros); los virus que se usan para producir vacunas, antibióticos, yogures o bebidas como la cerveza; los que se utilizan para terapias génicas y tratamientos para el cáncer (oncoterapias).

- Los otros 4 desarrollan los perjuicios que han ocasionado los virus como las pandemias, las cuales nos han cambiado aspectos económicos, políticos y sociales de las civilizaciones humanas.

Conclusiones:

Después de la revisión podemos contestar a la pregunta del inicio: «los virus, ¿son solo nuestros verdugos o pueden ejercer también de salvadores?»; Realmente podemos afirmar que tienen las

dos facetas dado que tanto nos pueden enfermar y causar perjuicios como nos puede curar de muchas enfermedades

Bibliografía

1.- Musab bin Umair, Fujimura Nao Akusa, Hadia Kashif, Seerat-e-Fatima, Fatima Butt, Mariam Azhar, Iqra Munir, Muhammad Ahmed, Wajeeha Khalil, Hafiz, Sharyar, Shazia Rafique, Muhammad Shahid, Samia Afzal. Arch Virol. Viruses as tools in gene therapy, vaccine development, and cancer treatment. 2022; 167(6): 1387–1404. Published online 2022 Apr 24. doi: 10.1007/s00705-022-05432-8. PMCID: PMC9035288

2.- Thiago A Teixeira, Yasmin C Oliveira, Felipe S Bernardes, Esper G Kallas, Amaro N Duarte-Neto, Sandro C Esteves, Joël R Drevet, Jorge Hallak, Asian J Androl. Viral infections and implications for male reproductive health, 2021 Jul-Aug; 23(4): 335–347. Published online 2021 Jan 15. doi: 10.4103/aja.aja_82_20. PMCID: PMC8269834

3.- María Anel Fuentes Valencia, Adriana Carolina Gil Correa, Carlos, Antonio Martínez Palacios, Víctor Manuel Baizabal Aguirre y Juan José Valdez Alarcón. El enemigo de mi enemigo es...un virus que ataca a las bacterias: los bacteriofagos. Revista digital universitaria. 4-julio-2021. Vol.22, Num. 4, Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa a Distancia

Capítulo 133

Manejo del Vértigo posicional Paroxístico Benigno

*San Millán González, María
Varela Manrique, Sara
Nieto González, Pilar
Carnicero Nieto, David
Vaquero Almanza, Laura*

MANEJO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

San Millán González, M¹; Varela Manrique S²; Nieto González, P³; Carnicero Nieto, D⁴; Vaquero Almanza, L⁵

Especialista en Enfermería FyC y residente de ORL HCUV¹; Especialista en Enfermería FyC²
Enfermera C.S. Medina del Campo Urbano^{3,4}; Enfermera Quirófano HCUV⁵

INTRODUCCIÓN

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es un síndrome vestibular episódico secundario a un trastorno causado por la movilización de otoconias que se desprenden de la membrana otolítica del utrículo y se desplazan hacia los conductos semicirculares. Se trata de un trastorno muy frecuente, generalmente con duración inferior a 1 minuto, que provoca un nistagmo característico dependiendo del conducto que presenta el acúmulo de otoconias y que suele asociarse con la percepción de vértigo rotatorio de breve duración (1).

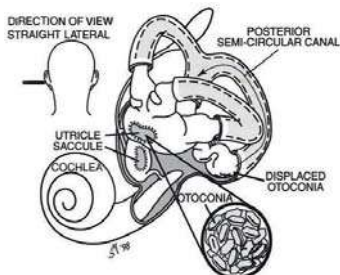


Figura 1. Mecanismo de producción de VPPB (2).



Figura 2. Otoconias vistas al microscopio electrónico (3).

OBJETIVOS

- Conocer última evidencia científica sobre VPPB.
- Diagnosticar correctamente el VPPB por parte del personal de enfermería desde la consulta de triage.
- Actuar precozmente ante un VPPB por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura. Estrategia de búsqueda en: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Medline, Cochrane, Cuiden, Red de evaluación de tecnologías sanitarias, OMS. Se completa con búsqueda referencial, búsqueda intuitiva en Google. Se formuló la pregunta-formato PICO, y búsqueda con DeCs/MeSH. Se amplía con búsqueda referencial adicional bibliográfica.

RESULTADOS

CLÍNICA: El VPPB suele ocurrir cuando el paciente se gira en la cama o al agachar la cabeza. El paciente tiene percepción de giro de objetos en la mayoría de los casos, aunque algunos pacientes de edad avanzada sólo describen inestabilidad con estos cambios de posición. Los síntomas son breves (inferiores a un minuto) y autolimitados y pueden conllevar náuseas o vómitos. El síndrome es paroxístico y **no se acompaña de alteraciones auditivas** (acúfenos, hipoacusia) o cefalea (1).

DIAGNÓSTICO: reside en el nistagmo observado durante las maniobras específicas de provocación: **Dix-Hallpike**. Esta prueba implica observar los ojos con la cabeza y el cuerpo posicionados de maneras específicas (4) (Figura 3). Realizar una anamnesis enfermera en profundidad: sintomatología, forma y momento de comienzo, intensidad, evolución, factores etiológicos y atenuantes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Fase AGUDA: tranquilizar al paciente y optimizar condiciones ambientales (decúbito, inmóvil, sin ruidos ni excesos de luz). **Fase CRÓNICA:** educación para la salud específica del autocuidado. Recomendar realizar lentamente los cambios posturales. Siempre y cuando el profesional de enfermería esté formado, será de gran utilidad efectuar las maniobras de reposición otolítica liberadoras de **Semont** o las de **Epley** (Figura 4). Recomendar al paciente los **ejercicios Brandt-Daroff**. Si finalmente el especialista ORL decide ocluir quirúrgicamente el canal semicircular posterior, la enfermera deberá prestar cuidados pre, intra y postoperatorios generales: se elevará el cabecero de la cama y se colocará al paciente sobre el lado sano para reducir la presión sobre el lado afectado (6).



Figura 3. Maniobra diagnóstica para canales verticales de Dix-Hallpike (5)

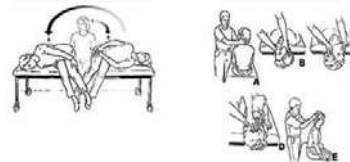


Figura 4. Maniobra de Semont y Epley (5)

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería es uno de los elementos claves en la mejoría del estado de salud del paciente con VPPB, en cada una de las fases de la patología, tanto en la fase aguda, tratamiento, fase crónica, realización de las maniobras de reposición otolítica, como en el tratamiento quirúrgico. La enfermera resalta por su papel en la educación para la salud del autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seorl.net. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/wp-content/uploads/2016/05/Gu%C3%ADa-VPPB.pdf>
2. Jimenez A. Vértigo posicional paroxístico benigno [Internet]. El Paso's Injury Doctors. 2018 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://es.personalinjurydoctorgroup.com/2018/05/31/V%C3%A9rtigo-posicional-parox%C3%ADstico-benigno/>
3. Audio G. Mareos y vértigo: ¿quiénes pueden sufrirlos? ¿cuál es su tratamiento? [Internet]. Revista Gaceta Audio. 2019 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.revistagacetaudio.es/el-experto/mareos-y-vertigo/>
4. Von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. J Vestib Res. 2015;25:105-17.
5. Gallardo Ollervides FJ, Escalona López LA, Moreno Reynoso SA, Fernández Espinosa J. Vértigo posicional paroxístico benigno: el vértigo que todos debemos conocer. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC [Internet]. 2019;64(4):281-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2019/bc194i.pdf>
6. A G O R A D E S A L U T [Internet]. Uji.es. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/174930/09-Alba%2c_Lledo%cc%81.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Resumen: El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es un síndrome vestibular episódico secundario a un trastorno causado por la movilización de otoconias que se desprenden de la membrana otolítica del utrículo y se desplazan hacia los conductos semicirculares. Se trata de un trastorno muy frecuente, generalmente con duración inferior a 1 minuto, que provoca un nistagmo característico dependiendo del conducto que presenta el acúmulo de otoconias y que suele asociarse con la percepción de vértigo rotatorio de breve duración. La enfermera tiene un papel clave en el diagnóstico, tratamiento y educación para la salud del paciente con VPPB.

Palabras Clave: Vértigo, Vértigo posicional paroxístico benigno, Náuseas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es un síndrome vestibular episódico secundario a un trastorno causado por la movilización de otoconias que se desprenden de la membrana otolítica del utrículo y se desplazan hacia los conductos semicirculares. Se trata de un trastorno muy frecuente, generalmente con duración inferior a 1 minuto, que provoca un nistagmo característico dependiendo del conducto que presenta el acúmulo de otoconias y que suele asociarse con la percepción de vértigo rotatorio de breve duración.

Objetivos:

Conocer última evidencia científica sobre VPPB Diagnosticar correctamente el VPPB por parte del personal de enfermería desde la consulta de triage. Actuar precozmente ante un VPPB por parte del personal de enfermería.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura. Estrategia de búsqueda en: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Medline, Cochrane, Cuiden, Red de evaluación de tecnologías sanitarias, OMS. Se completa con búsqueda referencial, búsqueda intuitiva en Google. Se formuló la pregunta-formato PICO, y búsqueda con DeCs/MeSH. Se amplía con búsqueda referencial adicional bibliográfica

Resultados:

CLÍNICA: El VPPB suele ocurrir cuando el paciente se gira en la cama o al agachar la cabeza. El paciente tiene percepción de giro de objetos en la mayoría de los casos, aunque algunos pacientes de edad avanzada sólo describen inestabilidad con estos cambios de posición. Los síntomas son breves (inferiores a un minuto) y autolimitados y pueden conllevar náuseas o vómitos. El síndrome es paroxístico y no se acompaña de alteraciones auditivas (acúfenos, hipoacusia) o cefalea. **DIAGNÓSTICO:** reside en el nistagmo observado durante las maniobras específicas de provocación: Dix-Hallpike. Esta prueba implica observar los ojos con la cabeza y el cuerpo posicionados de maneras específicas. Realizar una anamnesis enfermera en profundidad: sintomatología, forma y momento de comienzo, intensidad, evolución, factores etiológicos y atenuantes. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Fase AGUDA: tranquilizar al paciente y optimizar condiciones ambientales

(decúbito, inmóvil, sin ruidos ni excesos de luz). Fase CRÓNICA: educación para la salud específica del autocuidado. Recomendar realizar lentamente los cambios posturales. Siempre y cuando el profesional de enfermería esté formado, será de gran utilidad efectuar las maniobras de reposición otolítica liberadoras de Semont o las de Epley. Recomendar al paciente los ejercicios Brandt-Daroff. Si finalmente el especialista ORL decide ocluir quirúrgicamente el canal semicircular posterior, la enfermera deberá prestar cuidados pre, intra y postoperatorios generales: se elevará el cabecero de la cama y se colocará al paciente sobre el lado sano para reducir la presión sobre el lado afectado.

Conclusiones:

El profesional de enfermería es uno de los elementos claves en la mejoría del estado de salud del paciente con VPPB, en cada una de las fases de la patología, tanto en la fase aguda, tratamiento, fase crónica, realización de las maniobras de reposición otolítica, como en el tratamiento quirúrgico. La enfermera resalta por su papel en la educación para la salud del autocuidado.

Bibliografía

- 1.- Jimenez A. Vértigo posicional paroxístico benigno [Internet]. El Paso's Injury Doctors® 915-850-0900. 2018 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://es.personalinjurydoctorgroup.com/2018/05/31/V%C3%A9rtigo-posicional-parox%C3%ADstico-benigno/>
- 2.- Audio G. Mareos y vértigo: ¿quiénes pueden sufrirlos?, ¿cuál es su tratamiento? [Internet]. Revista Gaceta Audio. 2019 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.revistagacetaudio.es/el-experto/mareos-y-vertigo/>
- 3.- Von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. J Vestib Res. 2015;25:105–17.
- 4.- Gallardo Ollervides FJ, Escalona López LA, Moreno Reynoso SA, Fernández Espinosa J. Vértigo posicional paroxístico benigno: el vértigo que todos debemos conocer. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC [Internet]. 2019;64(4):281–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2019/bc194i.pdf>
- 5.- ÀGORA DE SALUT [Internet]. Uji.es. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/174930/09-Alba%2c_Lledo%cc%81.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 134

Manejo en una unidad de críticos de las Cánulas Nasales de Alto Flujo

*Reguera Fernández, Patricia
Fernández Álvarez, Jesús Ángel*

MANEJO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS DE LAS CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO

AUTORES : REGUERA FERNÁNDEZ PATRICIA , FERNÁNDEZ ÁLVAREZ JESÚS ÁNGEL

INTRODUCCIÓN

La pandemia SARS-CoV2 (COVID-19) se ha caracterizado por un número importante de casos de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) generando un importante compromiso de la oxigenación que ha supuesto una de las causas más frecuentes de ingreso en las unidades de cuidados críticos.

El uso de cánulas nasales de alto flujo (CNAF) nos ha dado excelentes resultados en los cuadros más graves manifestados con neumonía y ha sido descrita como una alternativa útil a la oxigenoterapia convencional en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, especialmente cuando otras terapias de rescate han sido cuestionadas por su alta dispersión de partículas.



OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es estudiar el beneficio de las cánulas nasales de alto flujo como mejor alternativa a la ventilación convencional en una unidad de críticos en pacientes COVID.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las diferentes guías existentes y búsqueda de las distintas bases de datos como PUBMED, MEDLINE así como revistas científicas.

RESULTADOS

La oxigenoterapia de alto flujo consiste en la aplicación de un flujo de gas de hasta 60 L/min mediante cánulas nasales de silicona, obteniendo una rápida mejoría de los síntomas debido a diferentes mecanismos como, por ejemplo, una reducción de la resistencia de la vía aérea superior, cambios en el volumen circulante y la generación de cierto grado de presión positiva.

Además este sistema es tolerable por el paciente debido a que el gas inspirado se encuentra con un buen nivel de temperatura y humedad (temperatura de 34 – 37°C, entregando una humedad relativa de 100%), lo que proporciona una mayor comodidad, tolerancia y bienestar del paciente, por todo ello y tras varios estudios revisados nos hacen ver la ventaja de este sistema.



CONCLUSIONES

La utilización de la terapia con CNAF permite una mejora en la oxigenación por una serie de mecanismos distintos, como son la disminución de la dilución del oxígeno administrado con el aire ambiente, la disminución del espacio muerto, generación de presión positiva en la vía aérea (CPAP), el aumento del volumen circulante y trabajo respiratorio y gracias a la humidificación activa del gas administrado, mejorar el transporte mucociliar.

Todas estas características hacen que el uso de las CNAF frente a los equipos de oxigenoterapia tradicional puedan reducir la necesidad de intubación, mortalidad y riesgo de reintubación.

BIBLIOGRAFÍA

- D. Arellano. Guía recomendaciones de uso cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes COVID Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.
- J.R. Masclans P. Pérez-Terán O. Roca Papel de la oxigenoterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. Medicina Intensiva. Vol. 39. Núm. 8. páginas 505-515 (Noviembre 2015).
- Nicolás Colaianni Alfonso* and Mauro Castro Sayat. Cánula Nasal Alto-Flujo (CNAF): Puesta al día High-Flow Nasal Cánula (HFNC): Update. ARCHIVOS DE MEDICINA ISSN 1698-9465. Vol. 15 No. 4:7 doi: 10.3823/1421.

Resumen: La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda que por su alta capacidad de contagio y rápida propagación fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud. El curso de la enfermedad en pacientes con COVID-19 exige a menudo el uso de soporte respiratorio siendo la CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO (CNAF) un tipo de oxigenoterapia para pacientes que desarrollan insuficiencia respiratoria hipoxémica, utilizándose en muchas ocasiones como la mejor alternativa a la ventilación convencional reduciendo así la necesidad de intubación.

Palabras Clave: Cánula Nasal, COVID-19, Ventilación

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La pandemia SARS-CoV2 (COVID-19) se ha caracterizado por un número importante de casos de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) generando un importante compromiso de la oxigenación que ha supuesto una de las causas más frecuentes de ingreso en las unidades de cuidados críticos.

El uso de cánulas nasales de alto flujo (CNAF) nos ha dado excelentes resultados en los cuadros más graves manifestados con neumonía y ha sido descrita como una alternativa útil a la oxigenoterapia convencional en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, especialmente cuando otras terapias de rescate han sido cuestionadas por su alta dispersión de partículas.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es estudiar el beneficio de las cánulas nasales de alto flujo como mejor alternativa a la ventilación convencional en una unidad de críticos en pacientes COVID.

Material y Método:

Revisión bibliográfica de las diferentes guías existentes y búsqueda de las distintas bases de datos como PUBMED, MEDLINE, así como revistas científicas.

Resultados:

La oxigenoterapia de alto flujo consiste en la aplicación de un flujo de gas de hasta 60 L/min mediante cánulas nasales de silicona, obteniendo una rápida mejoría de los síntomas debido a diferentes mecanismos como, por ejemplo, una reducción de la resistencia de la vía aérea superior, cambios en el volumen circulante y la generación de cierto grado de presión positiva.

Además, este sistema es tolerable por el paciente debido a que el gas inspirado se encuentra con un buen nivel de temperatura y humedad (temperatura de 34 – 37°C, entregando una humedad relativa de 100%), lo que proporciona una mayor comodidad, tolerancia y bienestar del paciente, por todo ellos y tras varios estudios revisados nos hacen ver la ventaja de este sistema.

Conclusiones:

La utilización de la terapia con CNAF permite una mejora en la oxigenación por una serie de mecanismos distintos, como son la disminución de la dilución del oxígeno administrado con el aire ambiente, la disminución del espacio muerto, generación de presión positiva en la vía aérea (CPAP), el aumento del volumen circulante y trabajo respiratorio y gracias a la humidificación activa del gas administrado, mejorar el transporte mucociliar.

Todas estas características hacen que el uso de las CNAF frente a los equipos de oxigenoterapia tradicional pueda reducir la necesidad de intubación, mortalidad y riesgo de reintubación.

Bibliografía

1.- D. Arellano. Guía recomendaciones de uso cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes COVID Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

2.- J.R. Masclans, P. Pérez-Terán, O. Roca Papel de la oxigenoterapia de alto flujo en la insuficiencia respiratoria aguda. Medicina Intensiva. Vol. 39. Núm. 8. páginas 505-515 (noviembre 2015).

3.- Nicolás Colaianni Alfonso* and Mauro Castro Sayat. Cánula Nasal Alto-Flujo (CNAF): Puesta al día High-Flow Nasal Cannula (HFNC): Update. ARCHIVOS DE MEDICINA ISSN 1698-9465. Vol. 15 No. 4:7 doi: 10.3823/1421.

Capítulo 135

Manejo específico de temperatura para prevenir síndrome postparada cardíaca

*Ovejero de Pablo, María Sandra
Alonso Ruiz, Pedro Luis
Aceña Martínez, Silvia
de Miguel Muñoz, Sonia
Hernández Ramos, Gemma
Soto Cámara, Raúl*

MANEJO ESPECÍFICO DE TEMPERATURA PARA PREVENIR SÍNDROME POSTPARADA CARDIACA

Sandra Ovejero de Pablo, Pedro Luis Alonso Ruiz, Silvia Aceña Martínez, Sonia de Miguel Muñoz, Gemma Hernández Ramos, Raúl Soto Cámara

INTRODUCCIÓN

El manejo específico de temperatura o hipotermia terapéutica (HT) es uno de los cuidados post-reanimación intrahospitalarios a proporcionar en pacientes comatosos tras un paro cardíaco (PC). En el siglo XXI, los estudios comienzan a evidenciar la relación directa entre la HT inducida en situaciones especiales y unos mejores pronósticos vitales y supervivencia. Buscando minimizar los daños que sufre el tejido neuronal de estos pacientes que se han mantenido en hipoxia durante el tiempo de parada cardíaca. El control de temperatura es uno de los cuidados post-reanimación a valorar en los pacientes tras un PC, consistente en la disminución de la temperatura corporal mediante medios artificiales.

PCR



METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión bibliográfica de artículos sobre el tema a estudio, realizado entre septiembre y octubre de 2020, realizado en la base de datos PubMed.

Se usaron tanto descriptores de ciencias de la salud como lenguaje libre. Los criterios de inclusión fueron artículos de menos de 5 años, realizados en humanos, que fueran estudios controlados y aleatorizados, tanto en inglés como en español, con acceso a texto completo.

Se obtuvieron 74 artículos que tras la lectura y pertinencia al objeto del estudio se seleccionaron 3.

RESULTADOS

Los pacientes reanimados tras un PC con un ritmo no desfibrilable, sometidos a manejo de temperatura moderado a 33°C obtuvieron un mejor resultado neurológico al día 90 que el observado en pacientes con normotermia aunque no de supervivencia.

El tiempo de permanencia en la HT en supervivientes a paro cardíaco no mejora significativamente el resultado neurológico a los 6 meses en comparación entre 24 y 48 horas. Aunque en el grupo de 48 horas hubo más pacientes con uno o más efectos adversos. Se detectan diferencias importantes que justifican más investigaciones a este respecto.

Se evaluó muy positivamente el EF de la temperatura del cerebro mediante dispositivos de superficie carotídea, de bajo coste y con gran posibilidad de implantar en cuidados postresucitación prehospitalarios, efectivos incluso a temperatura ambiente (21°C), así como el uso de la termometría mediante resonancia magnética cerebral para evaluar la efectividad del EF, aunque con limitaciones metodológicas.

Los métodos elegidos principalmente para el EF fueron el catéter de EF, uso de dispositivo de EF externo cerrado, y dispositivo de ET sin circuito cerrado, en cuidados intrahospitalarios.

PALABRAS CLAVE
HIPOTERMIA INDUCIDA,
ISQUEMIA CEREBRAL, PARO
CARDIACO, MANEJO
ESPECÍFICO DE LA
TEMPERATURA

Se valora de forma positiva el uso de HT en pacientes tras PC en ritmos no desfibrilables, para disminuir los daños cerebrales, pero no la supervivencia. En el uso de 48 horas de hipotermia de 33°C en estos pacientes post PC, los daños neurológicos a los 6 meses son inferiores, pero no de forma significativa, aunque los efectos adversos aumentan con el mayor tiempo de HT. El uso de métodos de valoración de temperaturas como la medición por resonancia magnética es óptimo para evaluar la temperatura específica del cerebro. Y los dispositivos de EF de superficie carotídea, pueden ser una buena técnica para comenzar el EF terapéutico a falta de más estudios.

CONCLUSIONES

Resumen: Revisión bibliográfica sobre el manejo específico de temperatura o hipotermia terapéutica, cuidados post-reanimación intrahospitalarios a proporcionar en pacientes comatosos tras un paro cardíaco. Se valora de forma positiva el uso de hipotermia en pacientes tras parada cardíaca en ritmos no desfibrilables, disminuyen los daños cerebrales en 3 meses, pero no la supervivencia. En 48 horas de hipotermia de 33°C en estos pacientes, los neurodaños a los 6 meses son inferiores. El uso de RMN es óptimo para evaluar la temperatura específica cerebral. Los dispositivos de enfriamiento de superficie carotídea, pueden ser una buena técnica para comenzar el enfriamiento terapéutico extrahospitalario.

Palabras Clave: hipotermia inducida, paro cardíaco, Enfermería de Cuidados Críticos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El manejo específico de temperatura o hipotermia terapéutica (HT) es uno de los cuidados post-reanimación intrahospitalarios a proporcionar en pacientes comatosos tras un paro cardíaco (PC). En el siglo XXI, los estudios comienzan a evidenciar la relación directa entre la HT inducida en situaciones especiales y unos mejores pronósticos vitales y supervivencia. Buscando minimizar los daños que sufre el tejido neuronal de estos pacientes que se han mantenido en hipoxia durante el tiempo de parada cardíaca. El control de temperatura es uno de los cuidados post-reanimación a valorar en los pacientes tras un PC, consistente en la disminución de la temperatura corporal mediante medios artificiales.

Objetivo:

Valorar las características y métodos para el manejo de la temperatura corporal para conseguir minimizar los daños cerebrales en los pacientes que han sufrido un cese de los latidos cardiacos.

Material y Método:

Este trabajo es una revisión bibliográfica artículos sobre el tema a estudio, realizado entre septiembre y octubre de 2020, realizado en la base de datos PubMed. Se usaron tanto descriptores de ciencias de la salud como lenguaje libre. Los criterios de inclusión fueron artículos de menos de 5 años, realizados en humanos, que fueran estudios controlados y aleatorizados, tanto en inglés como en español, con acceso a texto completo. Se obtuvieron 74 artículos que tras la lectura y pertinencia al objeto del estudio se seleccionaron 12, 3 para los resultados.

Material y Método:

Los pacientes reanimados tras un PC con un ritmo no desfibrilable, sometidos a manejo de temperatura moderado a 33°C obtuvieron un mejor resultado neurológico al día 90 que el observado en pacientes con normotermia aunque no de supervivencia.

El tiempo de permanencia en la HT en supervivientes a paro cardíaco no mejora significativamente el resultado neurológico a los 6 meses en comparación entre 24 y 48 horas. Aunque en el grupo de

48 horas hubo más pacientes con uno o más efectos adversos. Se detectan diferencias importantes que justifican más investigaciones a este respecto.

Se evaluó muy positivamente el EF de la temperatura del cerebro mediante dispositivos de superficie carotídea, de bajo coste y con gran posibilidad de implantar en cuidados postresucitación prehospitalarios, efectivos incluso a temperatura ambiente (21°C), así como el uso de la termometría mediante resonancia magnética cerebral para evaluar la efectividad del EF, aunque con limitaciones metodológicas.

Los métodos elegidos principalmente para el EF fueron el catéter de EF, uso de dispositivo de EF externo cerrado, y dispositivo de ET sin circuito cerrado, en cuidados intrahospitalarios.

Conclusiones:

Se valora de forma positiva el uso de HT en pacientes tras PC en ritmos no desfibrilables, para disminuir los daños cerebrales, pero no la supervivencia. En el uso de 48 horas de hipotermia de 33°C en estos pacientes post PC, los daños neurológicos a los 6 meses son inferiores, pero no de forma significativa, aunque los efectos adversos aumentan con el mayor tiempo de HT. El uso de métodos de valoración de temperaturas como la medición por resonancia magnética es óptimo para evaluar la temperatura específica del cerebro. Y los dispositivos de EF de superficie carotídea, pueden ser una buena técnica para comenzar el EF terapéutico a falta de más estudios.

Bibliografía

- 1.- Lascarrou J-B, Merdji H, Le Gouge A, Colin G, Grillet G, Girardie P, et al. Targeted Temperature Management for Cardiac Arrest with Nonshockable Rhythm. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 Dec 12;381(24):2327–37. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1906661>
- 2.- Kirkegaard H, Søreide E, de Haas I, Pettilä V, Taccone FS, Arus U, et al. Targeted Temperature Management for 48 vs 24 Hours and Neurologic Outcome After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA* [Internet]. 2017 Jul 25;318(4):341. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.8978>
- 3.- Curran EJ, Wolfson DL, Watts R, Freeman K. Cold Blooded: Evaluating Brain Temperature by MRI During Surface Cooling of Human Subjects. *Neurocrit Care* [Internet]. 2017 Oct 28;27(2):214–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12028-017-0389-4>

Capítulo 136

Masaje Abdominal Infantil y su Efectividad en el Cólico del Lactante

*Caminero Rodríguez, Paula
Solano Madorran, Laura
Valdezate Arribas, Susana
Martinez Naharro, Alba*

MASAJE ABDOMINAL INFANTIL: SU EFECTIVIDAD EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

SATSE

Autores: Caminero Rodríguez, Paula; Solano Madorran, Laura; Valdezate Arribas, Susana;
Martinez Naharro, Alba.

INTRODUCCIÓN: El cólico del lactante es un proceso benigno que afecta a los bebés menores de 6 meses. Provoca crisis de llanto inconsolable al lactante y resulta una experiencia traumática para la familia. Afecta entre el 10 y 40% de bebés en todo el planeta.

**PALABRAS
CLAVE:**
Cólico
Masaje
Llanto



OBJETIVO: Determinar la efectividad de la masoterapia y de la terapia manual visceral en el tratamiento del cólico del lactante.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Dialnet. La cadena de búsqueda empleada fue “masaje AND cólico”. Se obtuvieron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 4 para completar el estudio.

RESULTADOS: No se evidencia que el masaje abdominal infantil evite los cólicos, pero sí que ayude a disminuir los síntomas y a disminuir las horas de llanto del lactante. Repercutiendo de esta manera, en su estado de ánimo, y favoreciendo que se promueva un cambio de actitud en los progenitores, ante nuevos episodios similares.

CONCLUSIÓN: El masaje abdominal infantil puede reducir significativamente las horas de llanto del bebé, causadas por el cólico abdominal. Este tipo de terapia es eficaz, y está indicado en este tipo de situaciones.



BIBLIOGRAFIA: Molina MV, Andrés MP, Izquierdo VA, Miguel LG, Hernando PF, de Segura García BG. Efectividad de la terapia de masaje infantil para el tratamiento del cólico del lactante. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):303.
-Bernal SA, Vicario NR, Bernal AS, Lacasa JG, Iglesia AP, Caulea RN. Efectividad de la terapia manual en los síntomas del cólico del lactante. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):450.
-Marqués SG, Chillón-Martínez R, Zapata SG, Salas MR, Jiménez-Rejano JJ. Efectividad de la terapia manual visceral en el tratamiento del cólico del lactante: estudio piloto. Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia. 2017;46(2):105-12.
-Ramírez MC, Durán KV. Efectividad del masaje en el área abdominal para la reducción de los cólicos del lactante. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2017(32):7.

Resumen: El cólico del lactante es un proceso benigno que afecta a los bebés menores de 6 meses. Provoca crisis de llanto inconsolable al lactante y resulta una experiencia traumática para la familia. Afecta entre el 10 y 40% de bebés en todo el planeta.

Palabras Clave: Cólico, Masaje, Llanto

Desarrollo del Trabajo:

Objetivo:

Determinar la efectividad de la masoterapia y de la terapia manual visceral en el tratamiento del cólico del lactante.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Dialnet. La cadena de búsqueda empleada fue “masaje AND cólico”. Se obtuvieron 8 artículos, de los cuales se seleccionaron 4 para completar el estudio.

Resultados:

No se evidencia que el masaje abdominal infantil evite los cólicos, pero sí que ayude a disminuir los síntomas y a disminuir las horas de llanto del lactante, repercutiendo de esta manera en su estado de ánimo y favoreciendo que se promueva un cambio de actitud en los progenitores ante nuevos episodios similares.

Conclusiones:

El masaje abdominal infantil puede reducir significativamente las horas de llanto del bebé causadas por el cólico abdominal. Este tipo de terapia es eficaz y está indicado en este tipo de situaciones.

Bibliografía

1. -Molina MV, Andrés MP, Izquierdo VA, Miguel LG, Hernando PF, de Segura García BG. Efectividad de la terapia de masaje infantil para el tratamiento del cólico del lactante. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):303.
2. -Bernal SA, Vicario NR, Bernal AS, Lacasa JG, Iglesia AP, Caulea RN. Efectividad de la terapia manual en los síntomas del cólico del lactante. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(11):450.
3. -Marqués SG, Chillón-Martínez R, Zapata SG, Salas MR, Jiménez-Rejano JJ. Efectividad de la terapia manual visceral en el tratamiento del cólico del lactante: estudio piloto. Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia. 2017;46(2):105-12.
4. -Ramírez MC, Durán KV. Efectividad del masaje en el área abdominal para la reducción de los cólicos del lactante. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2017(32):7.

Capítulo 137

Mejora de la cicatrización de Úlceras venosas tratadas con terapia compresiva

*Escudero Tutor, Laura
López Pinilla, Yolanda
Aceña Martínez, Silvia
Madrigal Bercedo, María Isabel
Martínez Casado, María Ángeles
Gil Gaspar, María*

MEJORA DE LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADAS CON TERAPIA COMPRESIVA

AUTORES: Escudero Tutor, Laura; López Pinilla, Yolanda; Aceña Martínez, Silvia; Madrigal Bercedo, M. Isabel; Martínez Casado, M. Ángeles; Gil Gaspar, María

INTRODUCCIÓN

Las úlceras venosas son las más prevalentes dentro de las úlceras de las extremidades inferiores.

El tratamiento de primera línea incluye el uso de medias o vendajes de compresión. Para una curación adecuada el tratamiento debe ser integral, incluyendo técnicas modernas, actualizadas y elaboradas.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de la compresión terapéutica en la cicatrización de úlceras de etiología venosa

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane y SciELO; introduciendo los descriptores MeSH ((compression bandages) AND (varicose ulcer)) AND (wound healing), incluyendo publicaciones de texto completo gratuito, años 2017-2022. Se seleccionan 4 artículos de revisiones bibliográficas.



PALABRAS CLAVE:

- Compression bandages
- Varicose ulcer
- Wound healing

RESULTADOS

De la revisión bibliográfica se extrae que no todos los sistemas de compresión son igual de efectivos. La evidencia científica nos dice que la compresión de múltiples componentes consigue una cicatrización más temprana que los vendajes de compresión de un solo componente. Los sistemas de dos componentes que contienen un vendaje elástico mejoran la curación frente a los sistemas sin componente elástico. Todos los artículos revisados corroboran la eficacia de la compresión terapéutica en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa.



CONCLUSIONES

La compresión terapéutica con vendajes o medias de compresión, en pacientes con úlceras venosas, forma parte fundamental del tratamiento base, experimentando una cicatrización más rápida y completa de las heridas. Los estudios futuros deben centrarse en la comparación de vendajes y medias compresivas que busquen una cicatrización más temprana, mejorando el dolor y la calidad de vida de los pacientes con este tipo de úlceras. Estos estudios deben incluir un análisis de costo-efectividad para integrar vendas y medias de manera eficiente en el sistema.



BIBLIOGRAFÍA

1. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med*. 2019 Jun;28(6):847-852.
2. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E, Norman G. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 26;7(7):CD013397.
3. Folguera-Álvarez C, Garrido-Elustondo S, Rico-Blázquez MM, Esparza-Garrido MI, Verdú-Soriano J; Grupo ECAMulticapa; Grupo ECAMulticapa. Efectividad de la terapia compresiva de doble capa frente al vendaje de crepé en la cicatrización de úlceras venosas en atención primaria. *Ensayo clínico aleatorizado [Effectiveness of double-layered compression therapy against crepe bandage for healing venous ulcers in primary care. Randomized clinical trial]*. *Aten Primaria*. 2020 Dec;52(10):712-721. Spanish.
4. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD000265. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub3

Resumen: *La etiología de las úlceras venosas reside en el aumento de la presión venosa con una insuficiencia de las válvulas de las venas de los miembros inferiores para impulsar la sangre de retorno al corazón de manera adecuada. Estas úlceras son las más prevalentes dentro de las heridas de los miembros inferiores. El profesional de enfermería desarrolla un papel fundamental en la prevención detección y tratamiento adecuado de esta patología que afecta de manera importante a la calidad de vida de los pacientes. Con esta revisión bibliográfica se pretende valorar la eficacia sobre la cicatrización de la compresión terapéutica*

Palabras Clave: *Compression bandages, Varicose ulcer, Wound healing*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras venosas son las más prevalentes dentro de las úlceras de las extremidades inferiores, llegando a constituir sobre un 75% de estas. Las úlceras venosas conllevan una pérdida de la integridad cutánea por un aumento de la presión venosa de retorno, ante el fallo de las válvulas de las venas de los miembros inferiores que impiden un retorno adecuado de la sangre al corazón.

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención detección y tratamiento de las úlceras, debiendo determinar inicialmente su etiología para orientar el tratamiento de manera adecuada.

El tratamiento de primera línea, de las úlceras venosas, incluye el uso de medias o vendajes de compresión. Para una curación adecuada, el tratamiento debe ser integral y estar bien organizado, incluyendo técnicas modernas, actualizadas y elaboradas.

La compresión terapéutica además juega un papel fundamental en la disminución de las tasas de recurrencia, con hasta un 16%, cuando el paciente participa de forma activa en el proceso terapéutico.

Objetivo:

Valorar la eficacia de la compresión terapéutica en la cicatrización de úlceras de etiología venosa.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane y SciELO; introduciendo los descriptores Mesh ((compression bandages) AND (varicose ulcer)) AND (wound healing), incluyendo publicaciones de texto completo gratis, años 2017-2022. Encontrado en PubMed 47 resultados de los que se seleccionan 3; en Cochrane 7 resultados de los que se selecciona 1 y en SciELO 8 resultados

Resultados:

De la revisión bibliográfica se extrae que no todos los sistemas de compresión son igual de efectivos. La evidencia científica nos dice que la compresión de múltiples componentes consigue una cicatrización más temprana que los vendajes de compresión de un solo componente. Los

sistemas de dos componentes que contienen un vendaje elástico mejoran la curación frente a los sistemas sin componente elástico.

Todos los artículos revisados corroboran la eficacia de la compresión terapéutica en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa.

Conclusiones:

La compresión terapéutica con vendajes o medias de compresión, en pacientes con úlceras venosas, forma parte fundamental de su tratamiento base, experimentando una cicatrización más rápida y completa de las heridas.

Los estudios futuros deben centrarse en la comparación de vendajes y medias compresivas que busquen una cicatrización más temprana, mejorando el dolor y la calidad de vida de los pacientes con este tipo de úlceras. Estos estudios deben incluir un análisis de costo-efectividad para integrar vendas y medias de manera eficiente en el sistema.

Bibliografía

1.- Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med*. 2019 Jun;28(6):847-852.

2.-Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E, Norman G. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 26;7(7):CD013397.

3.-Folguera-Álvarez C, Garrido-Elustondo S, Rico-Blázquez MM, Esparza-Garrido MI, Verdú-Soriano J; Grupo ECAMulticapa; Grupo ECAMulticapa. Efectividad de la terapia compresiva de doble capa frente al vendaje de crepé en la cicatrización de úlceras venosas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado [Effectiveness of double-layered compression therapy against crepe bandage for healing venous ulcers in primary care. Randomized clinical trial]. *Aten Primaria*. 2020 Dec;52(10):712-721. Spanish.

4.-O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD000265. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub3

Capítulo 138

Microbiota y osteoartritis

*Arcas Domínguez, Sandra
Lozano Jiménez, Sandra
Palencia Guerrero, M^a. Teresa*

MICROBIOTA Y OSTEOARTROSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SATSE

Sandra Arcas Domínguez.

M^a Teresa Palencia Guerrero

Sandra Lozano Jiménez

INTRODUCCIÓN

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa de las articulaciones y la forma más común de artritis: 22% de la población adulta tiene al menos una articulación afectada y esta prevalencia aumenta al 49% en personas mayores de 65 años. Además es responsable de más del 30% de las incapacidades laborales en España, y provoca el 35% de las consultas en atención primaria.

La artrosis ha sido percibida como un mal inevitable asociado al envejecimiento y al desgaste físico.

De acuerdo con las recomendaciones de 2014 de la OA Research Society International (OARSI), la rehabilitación incluso se considera el tratamiento central de la OA y se recomienda para todos los pacientes.



METODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PUBMED, PEDRO, EMBASE y SCIENCE DIRECT. No hubo restricción de idioma.

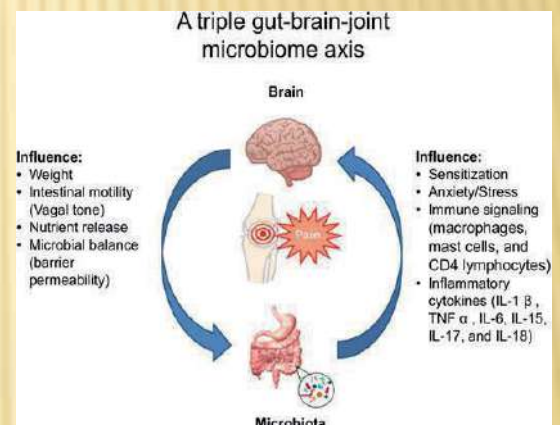
RESULTADO

Tratamientos hasta ahora orientados a:

- Restablecer la biomecánica normal de la articulación
- Disminuir el dolor, inflamación, rigidez articular
- Recuperar los arcos de movimiento
- Evitar atrofia muscular
- La Fisioterapia emplea además técnicas de termoterapia, electroterapia, ultrasonido, láser e hidroterapia.

En la actualidad

- Se está estudiando la relación entre el microbioma intestinal y su relación con el dolor en OA. Se ha demostrado que una alteración de su estructura, participa en la aparición y progresión de diversas enfermedades metabólicas e inflamatorias.
- Se ha planteado la hipótesis de que los pacientes con dolor relacionado con la OA mostrarán un desequilibrio de la microbiota intestinal asociado con la intensidad del dolor



CONCLUSIONES

La investigación emergente proporciona evidencia convincente de un vínculo entre el microbioma intestinal y el desarrollo de la osteoartritis. La mayoría de los estudios hasta la fecha han identificado asociaciones interesantes, que brindan evidencia de un vínculo causal entre el intestino y las articulaciones. En el futuro, el campo debe realizar un análisis profundo de la causalidad utilizando estudios de mediadores moleculares producidos por la microbiota que pueden afectar la biología del huésped e inducir o proteger de enfermedades degenerativas de las articulaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- DOI: 10.1016/j.reuma.2017.10.006. La artrosis en España. Una encuesta a especialistas médicos a nivel nacional. Rafael Arriaza, Carlos Sancho, Benjamín Fernández-Gutierrez
- Intestinal microbiome composition and its relation to joint pain and inflammation. [Cindy G. Boer](#), [Djawad Radjabzadeh](#), [Carolina Medina-Gomez](#), [Sanzhima Garmaeva](#), [Dieuwke Schiphof](#), [Pascal Arp](#), [Thomas Koet](#), [Alexander Kurilshikov](#), [Jingyuan Fu](#), [M. Arfan Ikram](#), [Sita Bierma-Zeinstra](#), [André G. Uitterlinden](#), [Robert Kraaij](#), [Alexandra Zhernakova](#), [Joyce B. J. van Meurs](#). *Nature Communications* volume 10, Article number: 4881 (2019) •2016 Mar 23;3:CD005523. doi: 10.1002/14651858.CD005523.pub3. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis [Else Marie Bartels](#), [Carsten B Juhl](#), [Robin Christensen](#), [Kåre Birger Hagen](#), [Bente Danneskiold-Samsøe](#), [Hanne Dagfinrud](#), [Hans Lund](#)

Resumen: La osteoartritis (OA) es una enfermedad muy común entre la población española. Es muy incapacitante y con gran repercusión a nivel social, médico y económico.

La sanidad y en concreto los traumatólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas aúnan sus esfuerzos y medios por mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

En la actualidad hay una nueva corriente que relaciona la microbiota intestinal como posible agente causal de inflamación en la OA. Es una noticia esperanzadora para estos pacientes ya que podría ayudar a frenar el avance de los síntomas y abre una puerta a nuevos tratamientos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa de las articulaciones y la forma más común de artritis: 22% de la población adulta tiene al menos una articulación afectada y esta prevalencia aumenta al 49% en personas mayores de 65 años. Además es responsable de más del 30% de las incapacidades laborales en España, y provoca el 35% de las consultas en atención primaria.

Durante muchos años, la artrosis ha sido percibida como un mal inevitable asociado al envejecimiento y al desgaste físico. Pero la realidad es muy diferente: afecta a jóvenes deportistas, trabajadores, mujeres menopáusicas, entre otros, empeorando seriamente su calidad de vida.

El síntoma clínico distintivo de la OA es el dolor. Se describe a menudo como causada predominantemente por factores mecánicos y predisposición genética, la existencia de inflamación en la OA, local o sistémica, está muy extendida.

Está localizada en las manos, las rodillas, la cadera o la columna vertebral. Provoca dolor, inflamación e impide que se puedan realizar con normalidad algunos movimientos.

De acuerdo con las recomendaciones de 2014 de la OA Research Society International (OARSI), la rehabilitación incluso se considera el tratamiento central de la OA y se recomienda para todos los pacientes.

Metodo:

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PUBMED, PEDRO, EMBASE y SCIENCE DIRECT. No hubo restricción de idioma.

Además, se realizó también una búsqueda manual de las referencias bibliográficas de los documentos primarios identificados con el fin de intentar localizar estudios no detectados a través de las bases de datos. En el proceso de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: "microbiota", "osteoartritis", "dolor", "fisioterapia", "rehabilitación" y "tratamiento fisioterápico". Éstas se combinaron entre sí haciendo uso del operador booleano "y", de manera que se obtuviera una búsqueda con la mayor sensibilidad y especificidad posible. Del total de artículos a los que se tuvo acceso, se escogieron aquellos que se ajustaban a los siguientes criterios de selección:

estudios experimentales que investigaban el uso y efecto de las distintas técnicas de fisioterapia en el tratamiento de la osteoartritis y el papel de la microbiota intestinal como agente causal de dolor e inflamación en osteoartritis, comprendidos desde 10 años hasta actualidad.

Resultados:

Los estudios seleccionados analizaron qué objetivos persigue la fisioterapia en OA, qué técnicas se usan con más frecuencia y las que obtienen mejores resultados.

Actualmente los tratamientos están orientados a restablecer la biomecánica normal de la articulación, disminuir el dolor, inflamación, rigidez articular, recuperar los arcos de movimiento, evitar atrofia muscular y por ende mejorar la fuerza. Una parte fundamental es la educación al paciente. La Fisioterapia emplea además técnicas de termoterapia (aplicación de frío o calor), electroterapia, ultrasonido, láser e hidroterapia.

La evidencia consistente sugiere que la terapia con ejercicios y el ejercicio de fortalecimiento específico o el entrenamiento de fuerza para la extremidad inferior reducen el dolor y mejoran la función física en diferentes osteoartritis, más concretamente en la de rodilla.

En la actualidad se está estudiando la relación entre el microbioma intestinal y su relación con el dolor en OA. El microbioma es capaz de influir en la salud de todo el cuerpo a través de múltiples interacciones a nivel del sistema. Se ha demostrado que una alteración de su estructura, participa en la aparición y progresión de diversas enfermedades metabólicas e inflamatorias. Por tanto, no es sorprendente que el microbioma intestinal también pueda ser un factor crucial en el tratamiento de la osteoartritis (Se ha planteado la hipótesis de que los pacientes con dolor relacionado con la OA mostrarán un desequilibrio de la microbiota intestinal asociado con la intensidad del dolor

Discusión:

El coste anual medio de la artrosis de rodilla y cadera en España asciende a 1.502 euros por paciente, y la mayor parte del coste (47 por ciento) se destina a los costes médicos.

Se ha comprobado que la mayor parte de los pacientes que reciben Fisioterapia para tratamiento de los síntomas provocados por la OA, vuelven a visitar a su médico, requieren más sesiones o de una cirugía de sustitución de la articulación.

La bibliografía consultada, la microbiota intestinal tendría un papel fundamental en el desarrollo de la inflamación.

Conclusión:

La investigación emergente proporciona evidencia convincente de un vínculo entre el microbioma intestinal y el desarrollo de la osteoartritis. En el futuro, el campo debe realizar un análisis profundo de la causalidad utilizando estudios de mediadores moleculares producidos por la microbiota que pueden afectar la biología del huésped e inducir o proteger de enfermedades degenerativas de las articulaciones.

Bibliografía

1.- Arriaza R, Sancho C, Fernández-Gutiérrez B. La artrosis en España. Una encuesta a especialistas médicos a nivel nacional. Reumatología Clínica. 2019;15(5):14-17

2.- Boer C, et all. Composición del microbioma intestinal y su relación con el dolor y la inflamación articular. *Nature Communications*.2019;10(4881)

3.- Nguyen C, Lefèvre-Colau M-M, Poiraudreau S, Rannou F. Rehabilitación (ejercicio y entrenamiento de fuerza) y osteoartritis: una revisión narrativa crítica. *Ann Phys Rehabil Med*.2016 junio;59(3):190-195.

4.- López-Armada M.J, Vaamonde-García C, Caramés B, Lires-Deán M, Cillero-pastor B, Blanco García F.J. Evidencia de mecanismos inflamatorios en la osteoartritis. *Reumatología Clínica* 2007;3:23-27

5.- Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsøe B, Dagfinrud H, Lund H. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 23;3:CD005523. doi: 10.1002/14651858.CD005523.pub3. PMID: 27007113.

Capítulo 139

Muerte súbita Cardiológica en Adultos cuestión de prevención

*García Ramírez, Verónica
Martinez Garrido, Desiree
García Gallego, Marta*

Autores: GARCÍA RAMÍREZ, VERÓNICA; MARTÍNEZ GARRIDO, DESIREE. GARCÍA GALLEGO, MARTA.

Introducción:

La muerte súbita de origen cardiológico se define como una muerte inesperada pero natural de causa cardíaca que ocurre a las pocas horas del inicio de los síntomas. En España afecta a 30.000 personas al año, una cifra nada desdeñable, que afecta a un volumen amplio de la población, siendo un problema de salud comunitaria. La muerte súbita cardiológica es debido principalmente a los factores de riesgo de la enfermedad metabólica mal controlada, siendo enfermedades silente de evolución insidiosa.



Objetivos:

- Identificar los factores de riesgo que derivarían en una muerte súbita debido a malos hábitos y mal control de sus enfermedades.
- Dotar de los conocimientos para que los profesionales de enfermería tengan herramientas para la prevención y/o tratamiento de los factores de riesgo, tanto en el ámbito hospitalario como en consulta.

Material y Método:

Revisión bibliográfica tanto de fuentes de datos primarios como revisiones relacionadas y principales bases de datos de ciencias de la salud, tales como: Pubmed, Scielo, Google Académico y Medline. Acotando la revisión bibliográfica a partir del año 2012 hasta la actualidad.

Resultados:

Los factores de riesgo, prevenibles y mal controlados que conllevan a que el paciente a largo plazo sufra una muerte súbita cardiológica son:

- ✓ Obesidad y sedentarismo: son dos estilos de vida poco saludable, que están asociados a una dieta desequilibrada y una vida sedentaria. Asociados a múltiples patologías.
- ✓ Arterioesclerosis: asociada a niveles altos de triglicéridos y su acumulación en las paredes de venas y arterias, provocando inflamación de las mismas por placas de ateroma.
- ✓ Hipertensión: cifras patológicas por encima de los valores normales sostenidos en el tiempo dañando el sistema circulatorio.
- ✓ Hiperglucemia o hipoglucemia: valores patológicos de glucosa por encima o por debajo de valores aceptables. Ello provoca inflamación en el miocardio (miocarditis), que puede conllevar a una IAM agudo o/y arritmias.
- ✓ Enfermedad metabólica: el paciente sufre Obesidad, diabetes mellitus, dislipemia y HTA. Todos ellos son factores de riesgo cardiovasculares.

La cronicidad de cualquiera de estos factores de riesgos o de varios y sin tratamiento o inadecuado a sus necesidades en un tiempo prolongado, puede desembocar en una muerte súbita natural. Los factores de riesgo de la enfermedad metabólica conlleva una inflamación del endotelio miocárdico sostenido en el tiempo provocando un daño irreparable en él, y por ende una muerte súbita cardiológica y natural, de evolución rápida y silente.

Conclusiones:

Como personal sanitario y concretamente como enfermero/as tenemos un papel fundamental en la formación y educación sanitaria para que los pacientes adquieran hábitos saludables y una adherencia adecuada al tratamiento médica, ya que la muerte súbita cardiológica es una muerte natural prevenible. Es importante la adherencia al tratamiento ya que se prevendría la miocarditis aguda provocada por los factores de riesgo del síndrome metabólico.

Es importante realizar cribados poblacionales tanto en centros de salud, unidades de prevención de salud laboral y en los propios hospitales para detectar patologías silentes por incorrectos hábitos que pueden derivar en problemas de salud y hasta en la muerte del propio paciente.



Bibliografía:

1. León Espitia, MA. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular [Internet] 2017 [20/05/2022]; Volúmen [24(4)]: 376-381. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300347>.
2. Ochoa Montes, LA; Yong Medina, CA; Calderin Bouza, RO; Gonzales Lugo, M; Miguélez Nodarse, R; Vilches Izquierdo, E; Diaz Londres, H. Scielo [Internet] 2012 [50(4)]: 0034-7523. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000400009
3. Espinar gonzalez, D; Sancho Concepció,V. Hipertensión arteria, diabetes y obesidad. En:Darias cuervo,Editor.Mompart García,MP. Enfermería comunitaria 2. Difusión avances enfermería.DAE: 2018. P.791-830.

Resumen: La enfermedad metabólica es un conjunto de patologías prevenibles con educación sanitaria y una correcta adherencia terapéutica, tales como obesidad, diabetes mellitus, dislipemia e hipertensión. Todas estas patologías son enfermedades que sin tratamiento médico o incorrectamente tratadas, pueden desarrollar miocarditis aguda e incluso la muerte súbita. Por ello es importante la detección precoz de los factores de riesgo de la enfermedad metabólica, que por ende están relacionadas con malos hábitos dietéticos y sedentarismo, pero también genéticos. Es importante la educación sanitaria en la población para prevenir los factores de riesgo de muerte súbita cardiológica y mejorar su calidad de vida.

Palabras Clave: Muerte Súbita, Prevención, Síndrome Metabólico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La muerte súbita de origen cardiológico se define como una muerte inesperada pero natural de causa cardíaca que ocurre a las pocas horas del inicio de los síntomas. En España afecta a 30.000 personas al año, una cifra nada desdeñable, que afecta a un volumen amplio de la población, siendo un problema de salud comunitaria. La muerte súbita cardiológica es debido principalmente a los factores de riesgo de la enfermedad metabólica mal controlada, siendo enfermedades silente de evolución insidiosa.

Objetivos:

- Identificar los factores de riesgo que derivarían en una muerte súbita debido a malos hábitos y mal control de sus enfermedades.
- Dotar de los conocimientos para que los profesionales de enfermería tengan herramientas para la prevención y/o tratamiento de los factores de riesgo, tanto en el ámbito hospitalario como en consulta.

Material y Método:

Revisión bibliográfica tanto de fuentes de datos primarios como revisiones relacionadas y principales bases de datos de ciencias de la salud, tales como: Pubmed, Scielo, Google Académico y Medline. Acotando la revisión bibliográfica a partir del año 2012 hasta la actualidad.

Resultados:

Los factores de riesgo, prevenibles y mal controlados que conllevan a que el paciente a largo plazo sufra una muerte súbita cardiológica son:

- Obesidad y sedentarismo: son dos estilos de vida poco saludable, que están asociados a una dieta desequilibrada y una vida sedentaria. Asociados a múltiples patologías.
- Arterioesclerosis: asociada a niveles altos de triglicéridos y su acumulación en las paredes de venas y arterias, provocando inflamación de las mismas por placas de ateroma.

- Hipertensión: cifras patológicas por encima de los valores normales sostenidos en el tiempo dañando el sistema circulatorio.

- Hiperglucemia o hipoglucemia: valores patológicos de glucosa por encima o por debajo de valores aceptables. Ello provoca inflamación en el miocardio (miocarditis), que puede conllevar a una IAM agudo o/y arritmias.

- Enfermedad metabólica: el paciente sufre Obesidad, diabetes mellitus, dislipemia y HTA. Todos ellos son factores de riesgo cardiovasculares.

La cronicidad de cualquiera de estos factores de riesgos o de varios y sin tratamiento o inadecuado a sus necesidades en un tiempo prolongado, puede desembocar en una muerte súbita natural. Los factores de riesgo de la enfermedad metabólica conlleva una inflamación del endotelio miocárdico sostenido en el tiempo provocando un daño irreparable en él, y por ende una muerte súbita cardiológica y natural, de evolución rápida y silente.

Conclusiones:

Como personal sanitario y concretamente como enfermero/as tenemos un papel fundamental en la formación y educación sanitaria para que los pacientes adquieran hábitos saludables y una adherencia adecuada al tratamiento médica, ya que la muerte súbita cardiológica es una muerte natural prevenible. Es importante la adherencia al tratamiento ya que se prevendría la miocarditis aguda provocada por los factores de riesgo del síndrome metabólico.

Es importante realizar cribados poblacionales tanto en centros de salud, unidades de prevención de salud laboral y en los propios hospitales para detectar patologías silentes por incorrectos hábitos que pueden derivar en problemas de salud y hasta en la muerte del propio paciente

Bibliografía

1.- León Espitia, MA. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular [Internet] 2017 [20/05/2022]; Volúmen [24(4)]: 376-381. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317300347>

2.- Ochoa Montes, LA; Yong Medina, CA; Calderin Bouza, RO; Gonzales Lugo, M; Miguélez Nodarse, R; Vilches Izquierdo, E; Diaz Londres, H. Scielo [Internet] 2012 [50(4)]: 0034-7523. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000400009

3.- Espinar gonzalez, D; Sancho Concepció,V. Hipertensión arteria, diabetes y obesidad. En:Darias cuervo,Editor.Mompart García,MP. Enfermería comunitaria 2. Difusión avances enfermería.DAE: 2018. P.791-830.

Capítulo 140

Nebulizado para el tratamiento de la bronquiolitis aguda: una revisión sistemática

*Rodríguez Ramos, Rocío
Sánchez-Camacho Lozano, Antonio
Mateos-Aparicio Sevilla, Esther*

NEBULIZACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 3% PARA EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Rodríguez Ramos, Rocío; Sánchez-Camacho Lozano, Antonio; Mateos-Aparicio Sevilla, Esther.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital General La Mancha Centro

SATSE

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es una infección respiratoria que produce una obstrucción en las vías respiratorias bajas en <24 meses, siendo la principal causa de hospitalización en el mundo en estos niños, aunque la mayoría de casos son leves. El principal agente causal el Virus Sincitial Respiratorio (VSR).

A pesar de la frecuencia de esta patología, no existe un tratamiento evidenciado científicamente aceptado por la mayoría de profesionales, no existiendo actualmente unanimidad sobre si el uso de la solución salina hipertónica (SSH) al 3% nebulizada disminuye la estancia hospitalaria y/o mejora la sintomatología.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del SSH al 3% en el tratamiento de niños con BA.



MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda sistemática en bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Google Scholar.

Palabras clave:
Bronquiolitis
- Solución Salina Hipertónica
- Infecciones por Virus Sincitial Respiratorio

Criterios de inclusión:

- Tipo de estudio: ECA
- Año de publicación posterior al 2007.
- Concentración de la SSH al 3% en todas las nebulizaciones del grupo intervención.
- Nebulización con solución salina fisiológica (SSF) al 0,9% del grupo control.

Criterios de exclusión:
- Adición de algún broncodilatador a las nebulizaciones.
- Nebulización con SSH de concentración distinta al 3%.

RESULTADOS

- ✓ Se identificaron un total de 91 estudios, de los cuales solo 10 cumplieron los criterios de inclusión, en los cuales participaron un total de 2.243 niños <2 años, siendo asignados aleatoriamente al grupo intervención (nebulización con SSH al 3%) o grupo control (nebulización con SSF al 0,9%).
- ✓ Los resultados de esta revisión sistemática revelan que la duración de la estancia hospitalaria no se ve reducida en el grupo intervención con respecto al grupo control, no observándose tampoco diferencias en los ingresos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, tasas de reingreso, y eventos adversos.
- ✓ Tampoco se demuestra su beneficio tras la administración del tratamiento en el servicio de urgencias, ya que no reduce la tasa de hospitalización.
- ✓ Se demuestra que este tratamiento mejora la sintomatología respiratoria en el grupo intervención, ya que disminuye de media 1,2 días la tos y las sibilancias, y 1,8 días los crepitantes. El tratamiento con SSH al 3% es seguro, ya que, las tasas de eventos adversos fueron mínimas y similares en ambos grupos; o bien, no se produjeron eventos adversos atribuibles al tratamiento.

CONCLUSIÓN

Aunque no disminuye ni la tasa de hospitalización tras recibir el tratamiento en urgencias, ni la duración de la estancia hospitalaria, sí mejora el estado respiratorio de los pacientes y resulta ser un tratamiento muy seguro, por lo que podría administrarse en el domicilio y de esta forma se podrían evitar las formas más graves de esta patología, evitando por tanto el futuro ingreso hospitalario.

Resumen: A pesar de la alta prevalencia de la bronquiolitis aguda, no existe un tratamiento evidenciado científicamente aceptado por la mayoría, no existiendo actualmente unanimidad sobre si el uso de la solución salina hipertónica (SSH) al 3% nebulizada disminuye la estancia hospitalaria y/o mejora la sintomatología.

Mediante esta revisión sistemática, se comprueba finalmente que no disminuye ni la tasa de hospitalización tras administrarse en urgencias, ni la duración de la estancia hospitalaria, pero sí mejora el estado respiratorio y es un tratamiento muy seguro, por lo que podría administrarse ambulatoriamente y de esta forma evitar las formas más graves.

Palabras Clave: Bronquiolitis, Solución Salina Hipertónica, Infecciones por Virus Sincitial Respiratorio

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La bronquiolitis aguda es una infección respiratoria que produce una obstrucción general en las vías respiratorias bajas. El Virus Sincitial Respiratorio es responsable de aproximadamente el 70-80% de los casos. Aparece principalmente en niños <12 meses. Aunque la mayoría de los casos son leves, constituye la principal causa de hospitalización en el mundo en niños <2 años. A pesar de la frecuencia de esta patología, no existe un tratamiento evidenciado científicamente que sea aceptado por unanimidad e impulsado para su práctica. Actualmente, no existe unanimidad sobre si el uso de la solución salina hipertónica al 3% nebulizada disminuye la estancia hospitalaria, y mejora los síntomas de los niños (1,2).

Objetivos:

El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la efectividad de la nebulización con SSH 3% en el tratamiento de niños con BA, asegurar una asistencia segura y de calidad al paciente con BA optimizando de este modo los recursos farmacológicos y no farmacológicos existentes, ayudar en la implementación de guías de práctica clínica seguras y eficaces para el tratamiento de la BA, y de este modo mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes, junto con una disminución del impacto psicológico que produce la estancia hospitalaria tanto de los niños como de sus cuidadores.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda sistemática desde 2007 hasta diciembre de 2020, habiendo realizado la consulta en bases de datos científicas: PubMed, Cochrane Library y Google Scholar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Tipo de estudio: ECA
- Publicación posterior al año 2007.
- Concentración de la SSH al 3% en todas las nebulizaciones del grupo intervención

- Nebulización con solución salina fisiológica (SSF) al 0,9% del grupo control.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Adición de algún broncodilatador a las nebulizaciones.
- Nebulización con SSH de concentración distinta al 3%.

Resultados:

Se identificaron un total de 91 estudios, de los cuales solo 10 cumplieron los criterios de inclusión anteriormente expuestos, en los cuales participaron un total de 2.243 niños <2 años siendo asignados aleatoriamente a un grupo: grupo intervención (nebulización con SSH al 3%) o grupo control (nebulización con SSF al 0,9%) (1–5).

Los resultados de esta revisión sistemática revelan que la nebulización con SSH al 3% no disminuye la estancia hospitalaria, ni reduce el número de ingresos hospitalarios si se administra en el servicio de urgencias, pero sí mejora la sintomatología respiratoria de los pacientes (1–5).

La duración de la estancia hospitalaria no se ve reducida en el grupo intervención, que administra el SSH al 3% nebulizada con respecto al grupo control, no observándose tampoco diferencias en los ingresos en UCIP, tasas de reingreso, y eventos adversos entre ambos grupos en los pacientes con BA moderada a grave (1,2,5).

Respecto a la administración del tratamiento en el servicio de urgencias, no se encuentran beneficios en la administración de dicho tratamiento para BA moderada a grave en el servicio de urgencias, ya que no reduce la tasa de hospitalización (3,5).

Por otro lado, mejora la sintomatología respiratoria en el grupo tratado con SSH al 3% en la BA moderada a grave, demostrándose que disminuye 1,2 días de media la tos y las sibilancias, y 1,8 días los crepitantes. El uso de este tratamiento en BA moderada a grave reduce las nebulizaciones necesarias para mejorar la dificultad respiratoria hasta conseguir una puntuación igual a cero medida mediante la escala RDAI (3–5).

Además, el tratamiento con SSH al 3% es seguro, ya que, las tasas de eventos adversos fueron mínimas y similares en ambos grupos o bien, no se produjeron eventos adversos atribuibles al tratamiento (1–5).

Conclusiones:

Aunque no disminuye la estancia hospitalaria, ni reduce el número de ingresos hospitalarios cuando se administra en el servicio de urgencias, produce una mejora en la sintomatología respiratoria de los pacientes. Este tratamiento es seguro si es administrado en el domicilio antes de que el cuadro sea lo suficientemente grave como para acudir a urgencias, puesto que mejora la sintomatología respiratoria, esto podría disminuir las tasas de ingreso tanto en planta, como en el servicio de urgencias, e incluso en UCIP, de esta forma se podrían evitar las formas más graves de esta patología.

Sería necesario que en un futuro se realizaran más estudios sobre este tratamiento a gran escala para reforzar estos resultados, y con un mismo procedimiento predeterminado para poder comparar mejor los resultados, pero no solo a nivel hospitalario (tanto en planta como en urgencias), sino también a nivel ambulatorio.

Bibliografía

- 1.- Jaquet-Pilloud R, Verga ME, Russo M, Gehri M, Pauchard JY. Nebulised hypertonic saline in moderate-to-severe bronchiolitis: A randomised clinical trial. Arch Dis Child [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 27 de mayo de 2022];105(3):236-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488402/>
2. -Silver AH, Esteban-Cruciani N, Azzarone G, Douglas LC, Lee DS, Liewehr S, et al. 3% Hypertonic saline versus normal saline in inpatient bronchiolitis: A randomized controlled trial. Pediatrics [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 27 de mayo de 2022];136(6):1036-43. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/136/6/1036>
- 3.-Luo Z, Fu Z, Liu E, Xu X, Fu X, Peng D, et al. Nebulized hypertonic saline treatment in hospitalized children with moderate to severe viral bronchiolitis. Clin Microbiol Infect [Internet]. 1 de diciembre de 2011 [citado 27 de mayo de 2022];17(12):1829-33. Disponible en: <http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198743X14619297/fulltext>
4. -Ramírez Flores F, Espinosa Rivas P, Karina Luévano Rivas R, Rojo Gutiérrez I, Mellado Abrego J. Sodio hipertónico nebulizado en el tratamiento de bronquiolitis comparado con manejo convencional. Rev Hosp Jua Mex. 2011 [Citado 27 de mayo de 2022];78(1):24-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42472>
5. - Angoulvant F, Bellêtre X, Milcent K, Teglas JP, Claudet I, Le Guen CG, et al. Effect of nebulized hypertonic saline treatment in emergency departments on the hospitalization rate for acute bronchiolitis: A randomized clinical trial. JAMA Pediatr [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 27 de mayo de 2022];171(8). Disponible en: </pmc/articles/PMC6583778/?report=abstract>

Capítulo 141

Necesidad de Seguridad frente al dolor agudo: El Ascensor

*Espadas Sánchez, María
Rayo Gutiérrez, Laura
Andrade García Cristina
Sanz Pareja, Pedro
Porrás González, Marta*

NECESIDAD DE SEGURIDAD FRENTE AL DOLOR AGUDO: EL ASCENSOR

Autores: Espadas Sánchez, María; Rayo Gutiérrez, Laura; Andrade García, Cristina; Sanz Pareja, Pedro.

INTRODUCCIÓN

El dolor agudo se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La “escalera” de la OMS propuesta en 1982, ha sido considerada una excelente herramienta para el control del dolor durante las dos últimas décadas. Sin embargo, se ha demostrado que este concepto no se adapta a algunos tipos de dolor así como a muchos cuadros de dolor agudo. Nuestra propuesta, es buscar cuál es la situación actual del tratamiento del dolor y los avances en el conocimiento del mismo.

OBJETIVO PRINCIPAL

Actualizar los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico del dolor haciendo hincapié en conceptos novedosos como el de “ascensor analgésico”.

RESULTADOS

Desde hace unos años se han ido introduciendo diferentes conceptos novedosos en el tratamiento del dolor. Uno de ellos, todavía no muy expandido, propone sustituir la escalera del dolor propuesta por la OMS, por lo que se denomina “ascensor terapéutico”. Este ascensor posee una planta baja formada por los analgésicos opioides y va elevándose por diferentes plantas relacionadas con la intensidad del dolor percibida por el paciente. De tal modo que, si el paciente sufre un dolor insoportable, el ascensor directamente le llevaría a la planta correspondiente a su dolor, donde tendría acceso a técnicas de alto impacto sin tener que hacer escalas en los pisos anteriores.

Este sistema, a diferencia de la escalera, conlleva un tratamiento inmediato de la misma magnitud. La evaluación continuada mediante escalas de medición del dolor como la Escala EVA cobran vital importancia.

Las ventajas de este nuevo concepto son muy numerosas, guardando gran relación con la evolución del dolor percibido por el paciente y consiguiendo el control del mismo de forma más eficiente, evitando la dilatación en el tiempo que conllevaba la “escalera” del dolor hasta llegar al escalón necesario.

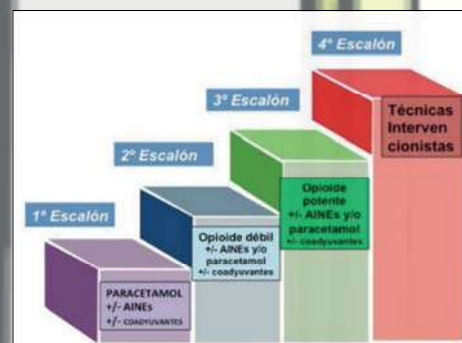
CONCLUSIONES

Aunque todavía apoyado con escasa bibliografía, el ascensor analgésico es ya una gran alternativa a la escalera propuesta por la OMS, debido principalmente a que consigue que el paciente se encuentre libre de dolor de forma más eficiente, erradicando la necesidad de aplicar de forma dogmática cada uno de los escalones propuestos, consiguiendo un resultado favorable en menos tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

- **DISEÑO:** Se ha realizado una revisión de artículos y estudios científicos publicados entre 2007 y 2017.
- **ESTRATEGIA DE BÚSQUDA:** Se han realizado búsquedas en Google Scholar, Scielo y Cuiden.
- **PALABRAS CLAVE:** “dolor”, “escalera” “seguridad” y “ascensor”, junto al operador booleano “and”.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN:** Se incluyeron artículos que incluían el término «ascensor» como novedad en el tratamiento del dolor. Se excluyeron de la selección aquellos artículos publicados antes de 2007, y también aquellos escritos en otro idiomas que no fueran español o inglés.

ESCALERA DE LA OMS



Da igual cuánto te duela, empezamos en el primer escalón

PROPUESTA DEL “ASCENSOR”



Dime cuánto te duele y sabré qué hacer

ESCALA EVA



BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

- Vera, MC. (2014). La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. Rev. Enferm. CyL. Vol 6. N1.
- Romero, J; Gálvez, R; Ruiz, S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008. Vol 15, n1.
- Rubio, A; Muñoz, E; Sierra, R. Anular o acortar los primeros peldaños de la Escalera Analgésica de la OMS. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008. vol 15. n1.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor agudo en la actualidad se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La “escalera” de la OMS propuesta en 1982, ha sido considerada una excelente herramienta para el control del dolor durante las dos últimas décadas. Sin embargo, se ha demostrado que este concepto no se adapta a algunos tipos de dolor así como a muchos cuadros de dolor agudo. Nuestra propuesta, es buscar cuál es la situación actual del tratamiento del dolor y los avances en el conocimiento del mismo.

Material y Método:

- **DISEÑO:** Se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios científicos publicados desde 2007 hasta 2017.
- **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:** Se han realizado búsquedas en Google Scholar, Cochrane, Scielo y Cuiden.
- **PALABRAS CLAVE:** “dolor” and “escalera” or “ascensor”.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN:** Se han incluido todos los artículos que incluían el término “ascensor” como novedad en el tratamiento del dolor, que se encontrase publicado en los años previstos y que estuviera redactado en tanto en español como en inglés.

Objetivo:

Actualizar los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico del dolor haciendo hincapié en conceptos novedosos como el de “ascensor analgésico”.

Resultados:

Desde hace unos años se ha ido introducción diferentes conceptos novedosos en el tratamiento del dolor. Uno de ellos, todavía no muy expandido, propone sustituir la escalera del dolor propuesta por la OMS por lo que se denomina “ascensor terapéutico”. Este ascensor posee una planta baja formada por los analgésicos opioides y va elevándose por diferentes plantas relacionadas con la intensidad del dolor percibida por el paciente. De tal modo que, si el paciente sufre un dolor insoportable, el ascensor directamente le llevaría a la planta correspondiente a su dolor, donde tendría acceso a técnicas de alto impacto sin tener que hacer escalas en los pisos anteriores.

Este sistema, a diferencia de la escalera, conlleva un tratamiento inmediato de la misma magnitud. La evaluación continuada mediante escalas de medición del dolor como la Escala EVA cobran vital importancia.

Las ventajas de este nuevo concepto son muy numerosas, guardando gran relación con la evolución del dolor percibido por el paciente y consiguiendo el control del mismo de forma más eficiente, evitando la dilatación en el tiempo que conllevaba la “escalera” del dolor hasta llegar al escalón necesario.

Conclusiones:

Aunque todavía apoyado con escasa bibliografía, el ascensor analgésico es ya una gran alternativa a la escalera propuesta por la OMS, debido principalmente a que consigue que el paciente se encuentre libre de dolor de forma más eficiente, erradicando la necesidad de aplicar de forma dogmática cada uno de los escalones propuestos, consiguiendo un resultado favorable en menos tiempo.

Bibliografía

1.-Vera, MC. (2014). La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. Rev. Enferm. CyL. Vol 6. N1.

2.- Romero, J; Gálvez, R; Ruiz, S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008. Vol 15, n1.

3.- Rubio, A; Muñoz, E; Sierra, R. Anular o acortar los primeros peldaños de la Escalera Analgésica de la OMS. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008. vol 15. n1

Capítulo 142

Necesidad de Implantar la Figura de la Enfermera Escolar

*Díaz Rincón, Laura María
Serrano Rodrigo, Cristina
Polo Camacho, Jesús Antonio
Paulero López, Noelia
Rodrigo Sánchez, María Del Pilar
Criado Nieto-Sandoval, María De Gracia*

NECESIDAD DE IMPLANTAR LA FIGURA DE LA ENFERMERA ESCOLAR.

AUTORES: DÍAZ RINCÓN, LAURA MARÍA, SERRANO RODRIGO, CRISTINA, POLO CAMACHO, JESÚS ANTONIO, PAULERO LÓPEZ, NOELIA, RODRIGO SÁNCHEZ, MARÍA DEL PILAR, CRIADO NIETO-SANDOVAL, MARÍA DE GRACIA.

INTRODUCCIÓN

La *Enfermera Escolar* se define como el profesional de Enfermería que posee formación y conocimientos sanitarios y trabaja en el ámbito escolar, atendiendo la salud de los escolares. El trabajo de la enfermera como agente educativo, preventivo y promocional de la salud, resulta imprescindible en toda la población, pero, sobre todo, en aquellos grupos en desarrollo, es decir, los niños y adolescentes.

Palabras Clave: Enfermera escolar, situación actual, necesidades de la población infantil.

MATERIAL Y MÉTODO

Las bases de datos electrónicas utilizadas en esta revisión han sido: Cuiden, Medline a través de su buscador PubMed y Google Académico. La selección fue limitada a artículos en castellano, con límite de años de publicación entre 2010 y 2017, grupo de edades (infantiles, niños y adolescentes) y tipo de estudio (revisión).



CONCLUSIONES

➤ Las necesidades actuales de los niños en la escuela hacen a la enfermera escolar una figura necesaria dentro del equipo de profesionales que trabajan en el ámbito educativo.

➤ La enfermera escolar aporta seguridad y múltiples beneficios a los padres y docentes, siendo un gran apoyo en situaciones de urgencia y prestando cuidados en las patologías crónicas.

➤ La enfermera escolar es la figura idónea para formar tanto a la familia como al entorno educativo en la prevención de accidentes y en la adquisición de hábitos de vida saludables.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo ha sido realizar una búsqueda bibliográfica con el fin de analizar la necesidad de implantación de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos españoles.

Los objetivos específicos son:

- Determinar las necesidades de los menores en el entorno escolar.
- Reconocer la percepción de padres y profesores sobre la necesidad de la enfermera escolar.
- Identificar el papel de la enfermera dentro del contexto escolar.

RESULTADOS

Los niños pasan la mayor parte de su tiempo dentro de los centros educativos donde realizan múltiples actividades. Estas actividades, en ocasiones, pueden implicar riesgos para su salud. Entre las necesidades de los alumnos debemos incluir las urgencias, pero también las patologías crónicas que requieren cuidados dentro del horario escolar. Por este motivo, los centros escolares deben contar con una consulta de Enfermería con todo el material necesario y por consiguiente, con una enfermera escolar. Este profesional sanitario debe formar a la familia y al entorno educativo en la prevención de accidentes y la correcta actuación ante situaciones de urgencia. Un 20% de los accidentes infantiles ocurren dentro de las escuelas.

Para proporcionar una atención integral, la enfermera deberá constituir además un gran apoyo a nivel de educación para la salud (EPS). Como profesional sanitario tiene el deber de ayudar al alumno y su familia en el afrontamiento de la enfermedad y evitar la sobreprotección de los padres y profesores.

La EPS consiste en aportar información, entrenamiento y capacidad de decisión para mantener un estilo de vida saludable. La enfermera deberá animar al alumno a participar en actividades dentro y fuera del horario escolar. Para ello, debe llevar un estricto control metabólico en los alumnos manteniendo unas condiciones óptimas de higiene y conservando de forma adecuada los medicamentos que fuesen necesarios para actuar ante cualquier complicación crónica.

Resumen: En los últimos años la demanda de la enfermera escolar por las asociaciones de familiares de niños sanos y con algún tipo de patología aguda o crónica, es una constante; el cuidado de un niño en la educación básica con algunos tipos de enfermedad aguda implica una continua atención que no es competencia de los profesores y que los padres no pueden asumir por necesidades laborales. Esta situación justifica, junto con la posibilidad de hacer educación para la salud, la implantación de la enfermera escolar.

Palabras Clave: Enfermera Escolar, Necesidades de la Población Infantil, Salud Escolar

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Enfermera Escolar se define como el profesional de Enfermería que posee formación y conocimientos sanitarios y trabaja en el ámbito escolar, atendiendo la salud de los escolares.

El trabajo de la enfermera como agente educativo, preventivo y promocional de la salud, resulta imprescindible en toda la población, pero, sobre todo, en aquellos grupos en desarrollo, es decir, los niños y adolescentes. Estos pasan en la escuela gran parte del día, adquiriendo nuevos conocimientos, desarrollándose como aprendices, a la vez que experimentan cambios físicos, psíquicos y sociales. Como cualquier ser humano, los niños padecen enfermedades crónicas, sufren accidentes durante la práctica de ejercicio físico o, incluso, sufren conflictos derivados de los sentimientos y emociones que experimentan. De aquí, la importancia de la figura de una profesional que asista y atienda a los menores cuando estos los precisen.

La existencia de un profesional enfermero en los centros educativos lograría mantener una buena coordinación con los servicios sanitarios, educativos y sociales externos, así como el intercambio de información sobre la evolución clínica, educativa y social del alumnado.

Objetivo:

El objetivo principal de este trabajo ha sido realizar una búsqueda bibliográfica con el fin de analizar la necesidad de implantación de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos españoles.

Los objetivos específicos asociados a la misma búsqueda son:

- Determinar las necesidades de los menores en el entorno escolar.
- Reconocer la percepción de padres y profesores sobre la necesidad de la enfermera escolar.
- Identificar el papel de la enfermera dentro del contexto escolar.

Material y Método:

Las bases de datos electrónicas utilizadas han sido: Cuiden, Medline a través de su buscador PubMed y Google Académico. La selección fue limitada a artículos en castellano, con límite de años de publicación entre 2010 y 2017, grupo de edades (infantiles, niños y adolescentes) y tipo de estudio (revisión).

Se han consultado otras fuentes de utilidad para obtener información sobre la enfermera escolar en España como son la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), Sociedad Española de Enfermería Escolar (SCE3), Grupo de trabajo “Enfermera de Salud Escolar” (ENSE), Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas y la página web de la Universidad de Barcelona. Además, se ha realizado una búsqueda inversa a partir de los documentos localizados.

Resultados:

Los niños pasan la mayor parte de su tiempo dentro de los centros educativos donde realizan múltiples actividades. Estas actividades, en ocasiones pueden implicar riesgos para su salud. Entre las necesidades de los alumnos debemos incluir las urgencias, pero también las patologías crónicas que requieren cuidados dentro del horario escolar. Por este motivo, los centros escolares deben contar con una consulta de Enfermería con todo el material necesario y por consiguiente con una enfermera escolar. Este profesional sanitario debe formar a la familia y al entorno educativo en la prevención de accidentes y la correcta actuación ante situaciones de urgencia. Un 20% de los accidentes infantiles ocurren dentro de las escuelas. Frente a cualquier suceso de este tipo se debe informar siempre a la familia, preguntar información a los testigos del suceso y ante cualquier complicación derivar al alumno al centro hospitalario para una valoración médica.

Para proporcionar una atención integral, la enfermera deberá constituir además un gran apoyo a nivel de educación para la salud (EPS). Como profesional sanitario tiene el deber de ayudar al alumno y su familia en el afrontamiento de la enfermedad y evitar la sobreprotección de los padres y profesores. La educación para la salud (EPS) consiste en aportar información, entrenamiento y capacidad de decisión para mantener un estilo de vida saludable.

Conclusiones:

- Las necesidades actuales de los niños en la escuela hacen a la enfermera escolar una figura necesaria dentro del equipo de profesionales que trabajan en el ámbito educativo.
- En España la figura de la enfermera escolar está implantada de forma irregular considerándose una figura aún emergente legislada únicamente en Madrid y Valencia.
- La enfermera escolar aporta seguridad y múltiples beneficios a los padres y docentes, siendo un gran apoyo en situaciones de urgencia y prestando cuidados en las patologías crónicas.

Bibliografía

- 1.- OMS | Enfermería [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [consultado 15 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 2.- Propuesta de Implantación del Servicio de Enfermería Escolar [Internet]. 2011 [Consultado 27 Nov 2017]. Disponible en: <https://adacjuvenil.files.wordpress.com/2011/06/propuesta-definitiva-2011-12.pdf>
- 3.- Perfil de la Enfermera Escolar elaborado por la asociación madrileña de enfermería en centros educativos [Internet]. AMECE. 2010 [acceso 29 Nov de 2017]. Disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
- 4.- Pérez Pablo. “Enfermería escolar: Un horizonte de futuro” [vídeo en Internet]. EnfermeriaCantabria.TV. 26 de junio de 2014. [acceso 29 Nov de 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.tv/enfermeriawebtv/web/videos-es/67>

Capítulo 143

Nomofobia, la Adicción del Siglo XXI

*Camacho Laín, Beatriz
Ibáñez Usero, Sara
Nicolás Risco, Irene
Rodrigo Rodrigo, Marta*

NOMOFOBIA, LA ADICCIÓN DEL SIGLO XXI

Camacho Laín Beatriz, Ibáñez Usero Sara, Nicolas Risco Irene, Rodrigo Rodrigo Marta

SATSE

XIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN. SATSE C.R

INTRODUCCIÓN

NOMOFOBIA, (NO MOBILE PHone PhoBIA) → Desorden psicológico caracterizado por una preocupación excesiva o miedo a estar desconectado del teléfono móvil (1,2). España lidera junto a los países asiáticos el ranking de estados con mayor uso de Internet a través de móvil (3)

Signos y síntomas:

- ✓ Ansiedad.
- ✓ Alteraciones respiratorias.
- ✓ Taquicardias.
- ✓ Temblores.
- ✓ Agitación.
- ✓ Sudoración.
- ✓ Desorientación

OBJETIVOS

- ❑ **Objetivo principal:** Informar sobre los efectos nocivos que conlleva el uso excesivo de teléfono móvil, así como, las patologías asociadas.
- ❑ **Objetivo secundario:** Educar a la población para prevenir la nomofobia.

MATERIAL Y METODOS

Revisión bibliográfica cuya estrategia de búsqueda se llevó a cabo empleando bases científicas como Pubmed y Google académico.

RESULTADOS

Numerosos estudios determinaron que el 64% de los estudiantes estaban en riesgo de desarrollar nomofobia, destacando un 23%, de los cuales eran estudiantes del ámbito sanitario.

Dicha afección psicológica está asociada a diversos efectos nocivos como son:

- ❑ Problemas de salud mental: ansiedad, depresión y estrés
- ❑ Insomnio y problemas físicos.

CONCLUSIONES

Las tecnologías de la comunicación están cambiando el comportamiento y la manera de comunicarnos y relacionarnos. (4-5). Las personas nomofobias presentan ansiedad por las relaciones sociales cara a cara, volviéndose adictos a la comunicación online (1)

El reto al que se enfrentan las enfermeras se centra en enseñar como llevar a cabo un uso beneficioso del móvil así como de internet para disminuir las consecuencias negativas en la salud mental y física de la población general. Además, sería necesario educación sobre el correcto uso de Internet así como de redes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhattacharya S, Bashar MA, Srivastava A, Singh A. NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHone PhoBIA. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 11];8(4):1297. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510111/>
2. Notara V, Vagka E, Gnardellis C, Lagiou A. The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. Addict Heal [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Mar 11];13(2):120. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8519611/>
3. León-Mejía A, Calvete E, Patino-Alonso C, Machimbarrena JM, González-Cabrera J. Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q): Estructura factorial y puntos de corte de la versión española. Adicciones [Internet]. 2020 Mar 4 [cited 2022 Apr 1];33(2):137-48. Available from: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1316>
4. Marletta G, Trani S, Rotolo G, Di Monte MC, Sarli L, Artioli G, et al. Nomophobia in healthcare: an observational study between nurses and students. Acta Bio Medica Atenei Parm [Internet]. 2021 Jul 29 [cited 2022 Apr 1];92(Suppl 2):e2021031. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383234/>
5. Enfermería y las adicciones tecnológicas. Adaptación sociolingüística de una escala de nomofobia y su prevalencia en universitarios españoles y portugueses - Dialnet [Internet]. [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=222127>

Resumen: En la actualidad, la excesiva utilización por parte de las personas en su día a día de los dispositivos móviles como medio de multitud de actividades, han contribuido hoy en día, a que sean atribuibles como cotidianas por la reiteración de las mismas, llevando a sufrir lo que actualmente se conoce con el término de **NOMOFOBIA**. Su significado se caracteriza, por el miedo de la persona a estar desconectado del teléfono móvil, llegando a crear dependencia y numerosos problemas psicológicos, personales y emocionales.

Palabras Clave: "Nomophobia", "smartphone", "education".

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Hoy en día, las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han supuesto un gran impacto en la sociedad. Debido al uso continuado de ellas, se ha dado lugar a un menor contacto social cara a cara. El uso del teléfono móvil es hoy una realidad que no se puede evitar. Su utilización desenfrenada puede conllevar al desarrollo de adicciones conductuales, así como una enfermedad psicológica, denominada **NOMOFOBIA** (NO MOBILEPHONEPHOBIA). Este concepto apareció por primera vez en 2008 en Reino Unido, y es descrito como un tipo de fobia, desorden psicológico caracterizado por la preocupación excesiva o miedo a estar desconectado del teléfono móvil (1,2). Este tipo de fobia aparece en el DSM- IV como una "fobia a una cosa particular/específica"(1).

La nomofobia lleva asociada una serie de **signos y síntomas** como son:

- Ansiedad.
- Alteraciones respiratorias.
- Taquicardias.
- Temblores.
- Agitación.
- Sudoración.
- Desorientación

La Nomofobia también puede actuar como agente de otros trastornos, por lo que su diagnóstico debe ser muy preciso. Se ha revisado en varios artículos que el padecimiento de dicha fobia lleva asociada una serie de efectos nocivos que se desarrollaran a continuación.

Además, se ha podido contrastar en varios artículos que el grupo más vulnerable para sufrirlo son los adolescentes, es por ello donde enfermería aborda un papel fundamental sobre la promoción de salud y prevención de conductas adictivas, así como la prevención de otros padecimientos físicos y psicológicos (1,2).

España lidera junto a los países asiáticos el ranking de estados con mayor uso de Internet a través de móvil (3).

El 99% de los jóvenes hace uso de Internet a través de su Smartphone. Además, los individuos adquieren antes su propio móvil, siendo la edad media 10-12 años(3).

Objetivo:

Objetivo principal: Informar sobre los efectos nocivos que conlleva el uso excesivo de teléfono móvil, así como, las patologías asociadas.

Objetivo secundario: Educar a la población para prevenir la nomofobia.

Material y Métodos:

El presente trabajo trata de una revisión bibliográfica sobre la prevalencia de la nomofobia y su relación con la salud psicosocial y física en la población adolescentes.

La estrategia de búsqueda empleada se llevó a cabo en las bases científicas Pubmed y Google académico tanto de artículos en español como en inglés.

Resultados:

Debido a la abundancia de dispositivos telefónicos y la gran variedad de funciones que poseen permiten a la población satisfacer sus necesidades personales y sociales, por ello, el uso excesivo del teléfono es considerado una amenaza para la salud social, mental y física. La gravedad de esta adicción va a precisar de la dependencia al uso del teléfono móvil y es por ello la necesidad de concienciar a la población joven sobre los efectos nocivos que conlleva esta adicción (1,2).

Numerosos estudios sobre estudiantes sanitarios determinaron el 23% de los estudiantes fueron considerados nomofóbicos, mientras que el 64% de los estudiantes estaban en riesgo de desarrollar nomofobia. Otro estudio refiere que el 77% de los adolescentes sufren ansiedad cuando no están con el teléfono móvil (1).

Respecto a la clasificación de la nomofobia, hay artículos que la consideran como una fobia situacional, mientras que en otros estudios es considerada como una adicción conductual manifestando síntomas de dependencia (2). Dicha afección psicológica está asociada a diversos efectos nocivos como son:

• PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Tras la revisión de varios artículos se corrobora síntomas como la ansiedad, hiperactividad, síntomas depresivos, estrés, baja autoestima e incluso bajo rendimiento escolar (1,2).

• INSOMNIO

La mayoría de los artículos, relacionan nomofobia con problemas en el ritmo circadiano del sueño. Se conoce insomnio como la dificultad para dormir, conciliar el sueño o permanecer dormido. Este se ve afectado por la nomofobia, ya que un mayor uso adictivo al teléfono móvil conduce un mayor nivel de insomnio debido a la ansiedad psicológica que esta desencadena (1-3).

• PROBLEMAS FISICOS

Otro problema asociado es a nivel físico, se ha visto en varios artículos que hay una afectación a nivel muscular en codos, manos y cervicales (1,2)

- OTROS

Dentro de este grupo se incluyen síntomas nocivos generalizados, como una mayor probabilidad de sufrir un accidente de tráfico por el uso del teléfono móvil. También se ha visto un mayor gasto a nivel económico por el consumo generado de GB (1).

Conclusiones:

Las tecnologías de la comunicación están cambiando el comportamiento, la manera de comunicarnos y relacionarnos, provocando un aumento de dependencia al teléfono móvil, influyendo este sobre las actividades de la vida cotidianas (4)(5). Las personas nomofóbicas tienen ansiedad por las relaciones sociales cara a cara, volviéndose así adictos a la comunicación a través del móvil e Internet (1). Es necesario un aumento de la investigación ya que la nomofobia es un problema de salud pública (2). Además, sería de vital importancia la educación sobre el correcto uso de Internet, así como de redes sociales.

Bibliografía

1.- Bhattacharya S, Bashar MA, Srivastava A, Singh A. NOMOPHOBIA: NO MOBILEPHONEPHOBIA. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 11];8(4):1297. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510111/>

2.- Notara V, Vagka E, Gnardellis C, Lagiou A. The Emerging Phenomenon of Nomophobia in Young Adults: A Systematic Review Study. Addict Heal [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Mar 11];13(2):120. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8519611/>

3.- León-Mejía A, Calvete E, Patino-Alonso C, Machimbarrena JM, González-Cabrera J. Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q): Estructura factorial y puntos de corte de la versión española. Adicciones [Internet]. 2020 Mar 4 [cited 2022 Apr 1];33(2):137–48. Available from: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1316>

4.- Marletta G, Trani S, Rotolo G, Di Monte MC, Sarli L, Artioli G, et al. Nomophobia in healthcare: an observational study between nurses and students. Acta Bio Medica Atenei Parm [Internet]. 2021 Jul 29 [cited 2022 Apr 1];92(Suppl 2):e2021031. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383234/>

5.- Enfermería y las adicciones tecnológicas. Adaptación sociolingüística de una escala de nomofobia y su prevalencia en universitarios españoles y portugueses - Dialnet [Internet]. [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=222127>

Capítulo 144

Nuevos Alimentos Aplicación Genética en la Producción de Alimentos

*López Jiménez, Marcos
Alañón Barba, Marina*



NUEVOS ALIMENTOS. APLICACIÓN GENÉTICA EN LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

Autores: López Jiménez, Marcos; Alañón Barba, Marina

Obtén aquí el artículo

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se han atribuido propiedades curativas a las plantas y alimentos, y se conoce la importancia que tienen la alimentación en la salud.

La industria alimentaria ha ido adaptándose a los tiempos y su principal objetivo es asegurar la salud y promoverla.

Se entienden por nuevos alimentos aquellos que han aparecido de la aplicación de la biotecnología, nacidos de fuentes de alimentos fabricados y/o tratados por las nuevas tecnologías. Se pueden clasificar en alimentos funcionales y alimentos transgénicos.

OBJETIVOS



- Definir el concepto de nuevos alimentos.
- Identificar los nuevos alimentos.
- Estudiar la aplicación genética en la producción de nuevos alimentos.

METODOLOGÍA



Revisión bibliográfica. Se realizó un análisis bibliográfico de los buscadores utilizados en el presente artículo como método de respaldo de la información, tales como: artículos de revistas y libros científicos

RESULTADOS

Los organismos modificados genéticamente (OMG) se definen como organismos en los cuales el material genético ha sido alterado de un modo artificial mediante la tecnología del AND recombinante o ingeniería genética; la cual permite transferir genes seleccionados de un organismo a otro, tanto entre especies relacionada, como distantes en la escala filogenética.

Aplicando la ingeniería genética (asilamiento y manipulación del AND, para construir nuevas moléculas quiméricas con una nueva secuencia; y el clonado molecular, para la producción de gran número de moléculas idénticas de ADN) se pueden obtener alimentos transgénicos, diseñados para cubrir cualquier necesidad de mejora.

Actualmente, la ingeniería genética se está aplicando a tres grandes áreas del sector agroalimentario.

1. **Agricultura. Plantas transgénicas:** Plantas productoras de semillas con una composición definida de ácidos grasos, así como plantas productoras de antígenos (vacunación oral).
2. **Industria alimentaria. Microorganismos modificados genéticamente:** Mejora en procesos fermentativos y sustancias específicas como componentes aromáticos, colorantes, edulcorantes alimentarios y antígenos para la producción de vacunas.
3. **Producción animal. Animales transgénicos:** Nuevas razas con mayor producción (peces de crecimiento mejorado), así como animales de composición corporal mejorado y mayor resistencia a enfermedades.

CONCLUSIONES

Las técnicas de ingeniería genética, unidas a las de colación, podrán permitir en un futuro no muy lejano, una mayor oferta de productos de mejor calidad y a mejor precio.

Sin embargo, es importante una legislación restrictiva y que todos estos productos autorizados para la comercialización pasen exhaustivas evaluaciones para asegurar su inocuidad.

No obstante, la información o falta de ella y las distintas fuentes de las que provienen van a tener gran importancia en la aceptación del consumidor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángel Gil Hernández y Daniel Ramón Vidal. Alimentos transgénicos. En: M.D. Ruiz López, Coordinadora. Tratado de nutrición. Tomo II Composición y calidad nutricional de los alimentos. 2 Ed, Madrid: Médica Panamericana; 2010. P. 497- p. 528.
2. Viedma-Viedma, I., Serrano-Megías, M., Balanza-Galindo, S. and López-Nicolás, J. Etiquetado e información sobre alimentos modificados genéticamente: estudio transversal en una población de Murcia (España). Rev Esp Nutr Hum Diet. 2016; 20 (3):164-173.

Disponible en <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/206>

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Desde la antigüedad se han atribuido propiedades curativas a las plantas y alimentos y se conoce la importancia que tiene la alimentación para la salud.

Una **dieta equilibrada** es la combinación adecuada de alimentos que proporciona nutrientes y otros componentes alimentarios necesarios para el crecimiento, y el mantenimiento del peso corporal, para prevenir enfermedades relacionadas con deficiencias, y para reducir enfermedades relacionadas con el exceso.

La industria alimentaria ha ido adaptándose a los tiempos y su principal **objetivo** es asegurar la salud y promoverla.

Objetivo:

El objetivo principal del trabajo es estudiar los nuevos alimentos y su impacto en la sociedad. Para ello nos servimos de los siguientes de los siguientes objetivos secundarios:

- Definir el concepto de nuevos alimentos.
- Identificar los nuevos alimentos.
- Estudiar la aplicación genética en la producción de nuevos alimentos.

Material y Métodos:

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica narrativa sobre los nuevos alimentos, centrándonos en los alimentos transgénicos.

El material bibliográfico utilizado han sido principalmente publicaciones científicas compuestas esencialmente por artículos de revista y capítulos de libros.

El método empleado es la búsqueda en bases de datos como PubMed, Elsevier, Scielo de las que obtuve los artículos de revistas y libros de la biblioteca.

Resultados:

NUEVOS ALIMENTOS

Se entienden por nuevos alimentos aquellos que han aparecido de la aplicación

de la biotecnología, nacidos de nuevas fuentes de alimentos o fabricados y/o tratados por las nuevas tecnologías. Se pueden clasificar en alimentos funcionales y alimentos transgénicos y entre sus características destacan:

- Conseguir alimentos con nuevas propiedades con el fin de que estos nos ayuden a luchar contra distintas enfermedades.

· Obtener un mayor rendimiento en la producción de alimentos para bajar los costes y/o evitar hambrunas.

ALIMENTOS TRANSGÉNICOS

Los organismos modificados genéticamente (OMG) se definen como organismos en los cuales el material genético ha sido alterado de un modo artificial mediante la tecnología del ADN recombinante o ingeniería genética. Ésta permite transferir genes seleccionados individuales de un organismo a otro, tanto entre especies relacionadas como distantes en la escala filogenética.

APLICACIÓN DE LA INGENIERÍA GENÉTICA EN LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS:

El aislamiento y la manipulación del ADN para construir nuevas moléculas quiméricas en una nueva secuencia independiente, es la esencia de la tecnología del ADN recombinante. El clonado molecular permite la producción de gran número de moléculas idénticas de ADN. Esta técnica se basa en poder construir moléculas de ADN híbrido o moléculas quiméricas utilizando vectores de clonado (plásmido, cromosomas artificiales...) que se pueden replicar de forma autónoma en una célula hospedadora utilizando sus propios sistemas de control.

Cualquier procedimiento de clonación tiene cuatro partes esenciales:

1. Un método de obtención de fragmentos de DNA.
2. La unión del DNA recombinante.
3. La introducción del DNA recombinante en un hospedador.
4. Un método de selección del clon que ha adquirido el DNA recombinante.

Utilizando estas tecnologías se pueden obtener alimentos transgénicos, diseñados para cubrir cualquier necesidad de mejora, en los que se ha incorporado material genético distinto del original mediante técnicas de ingeniería genética.

Actualmente, la ingeniería genética se está aplicando a tres grandes áreas del sector agroalimentario: la agricultura, la industria alimentaria de transformación y la producción animal:

AGRICULTURA: PLANTAS TRANSGÉNICAS: se han obtenido plantas transgénicas utilizando vectores específicos derivados de distintas especies bacterianas, desde plantas productoras de aceites de semillas con composición definida en ácidos grasos y alimentos con propiedades nutricionales mejoradas por su composición en aminoácidos, ácidos grasos, minerales y vitaminas, pasando por plantas productoras de antígenos específicos destinados a la vacunación masiva por vía oral.

INDUSTRIA ALIMENTARIA: MICROORGANISMOS MODIFICADOS GENÉTICAMENTE: se han diseñado vectores de amplio espectro de hospedador para bacterias, especialmente para las del ácido láctico. Se ha logrado una mejor protección de los fermentos frente a bacteriófagos, una mejora en los procesos fermentativos y la producción de sustancias específicas como componentes aromáticos, colorantes y edulcorantes alimentarios, y antígenos utilizables en la producción de vacunas.

PRODUCCIÓN ANIMAL: ANIMALES TRANSGÉNICOS: se están desarrollando nuevas razas de animales que tienen una mayor producción, como es el caso de los peces de crecimiento mejorado, así como animales de composición corporal mejorada y mayor resistencia a las enfermedades. Las técnicas de clonación, unidas a las de ingeniería genética podrán permitir, en un futuro no muy lejano, una mayor oferta de productos con mejor calidad y a mejor precio.

Conclusiones:

Las técnicas de ingeniería genética, unidas a las de colación, podrán permitir en un futuro no muy lejano, una mayor oferta de productos de mejor calidad y a mejor precio.

Sin embargo, es importante una legislación restrictiva y que todos estos productos autorizados para la comercialización pasen exhaustivas evaluaciones para asegurar su inocuidad.

No obstante, la información o falta de ella y las distintas fuentes de las que provienen van a tener gran importancia en la aceptación del consumidor.

Bibliografía

1.- Ángel Gil Hernández y Daniel Ramón Vidal. Alimentos transgénicos. En: M.D. Ruiz López, Coordinadora. Tratado de nutrición. Tomo II Composición y calidad nutricional de los alimentos. 2 Ed, Madrid: Médica Panamericana; 2010. P. 497- p. 528.

2.- Viedma-Viedma, I., Serrano-Megías, M., Balanza-Galindo, S. and López-Nicolás, J. Etiquetado e información sobre alimentos modificados genéticamente: estudio transversal en una población de Murcia (España). Rev Esp Nutr Hum Diet. 2016; 20 (3):164-173.

Disponible en <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/206>

Capítulo 145

Ondas de Choque como Tratamiento Frente a otras Terapias Convencionales en la Fascitis Plantar

*Martínez Iniesta, M^a. Pilar
Rangel Escribano, Juan*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ONDAS DE CHOQUE COMO TRATAMIENTO FRENTE A OTRAS TERAPIAS CONVENCIONALES EN LA FASCITIS PLANTAR

SATSE

M^ºPILAR MARTINEZ INIESTA
JUAN RANGEL ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN

La fascitis plantar es una patología común caracterizada por un dolor focalizado en la parte íferomedial del talón, siendo una de las causas más comunes de dolor de talón, lo sufre entre el 11 y 15% de la población siendo la edad más común de los pacientes entre 40 y 60 años.

El tratamiento de primera elección en la fascitis plantar es conservador, pero aproximadamente el 10% de los pacientes no mejoran. Los métodos conservadores más usados en Fisioterapia son láser, ultrasonido, magnetoterapia, ondas de choque, estiramientos y otros aplicados en el punto doloroso.



OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la efectividad clínica de las ondas de choque frente a otros tratamientos convencionales en la fascitis plantar.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los últimos 10 años publicada en las bases de datos *Medline*, *Biblioteca Cochrane Plus*, *Web of science* Y *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro).

Para ello se han utilizado los términos ondas de choque, infiltraciones, tratamiento y fascitis plantar.

RESULTADO

Uno de los temas más frecuentemente abordados en el estudio del tratamiento de fascitis es la comparación entre las Ondas de Choque y las infiltraciones de corticosteroides.

Se obtienen resultados favorables estadísticamente significativos para ambas alternativas. No obstante, ciertos estudios se

inclinan a favor de las Ondas de Choque con mejoras en el dolor y en la función en ambas, pero con la diferencia de que con las ondas de choque se mantienen 12 meses y en el caso de los corticosteroides empiezan a empeorar pasado el primer mes.

Los resultados obtenidos en esta revisión parecen señalar que las ondas de choque son un tratamiento indicado en casos de fascitis plantar con el que se pueden obtener resultados positivos, tanto en el dolor como en la función o en los cambios en el grosor de la fascia en un plazo medio/corto. Sin embargo no se demuestra que este tratamiento sea claramente mejor que cualquiera de las otras alternativas a efectos clínicos, especialmente a largo plazo. Se puede considerar su uso por delante de las infiltraciones con corticosteroides por evitar las molestias y riesgos que suponen estas últimas y dado que los resultados finales parecen ser los mismos o mejores. Al margen de las infiltraciones de corticosteroides sigue habiendo otras alternativas a las ondas de choque igualmente válidas como los estiramientos, que a priori dan incluso mejores resultados, o el tratamiento con láser, que da los mismos resultados en comparación a las ondas de choque.

CONCLUSIÓN

Es necesario llevar a cabo más estudios para demostrar la superioridad a largo plazo de las ondas de choque frente a otras terapias no quirúrgicas, y para aclarar su mecanismo de acción que continúa sin conocerse más allá de las teorías del desencadenamiento de mecanismos de neovascularización, supresión de nociceptores e hiperestimulación que bloquea el mecanismo *gate-control*.

También faltan estudios que se centren en determinar que parámetros son los más adecuados en el uso de las ondas de choque, destacando la inexistencia de un protocolo de ondas de choque más concreto, a pesar de concluir que las ondas de choque tienen mejores tasas de éxito en aplicaciones a dosis más altas.

No obstante se puede afirmar que el tratamiento con ondas de choque es ligeramente superior que el tratamiento con corticosteroides e igual de efectivo que el tratamiento con láser. Los estiramientos parecen dar mejores resultados que las ondas de choque. Lo más recomendable es realizar un tratamiento combinado para mayor eficacia.

Resumen: La fascitis plantar es una patología común caracterizada por un dolor focalizado en la parte ínferomedial del talón, siendo una de las causas más frecuentes de dolor de talón. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia científica de la efectividad de las ondas de choque frente a otros tratamientos conservadores. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Web of science Y Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Los resultados obtenidos indican resultados positivos por delante de las infiltraciones con corticosteroides.

Palabras Clave: Ondas de choque, Infiltraciones, Fascitis plantar.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fascitis plantar es una patología común caracterizada por un dolor focalizado en la parte ínferomedial del talón, siendo una de las causas más comunes de dolor de talón, lo sufre entre el 11 y 15% de la población siendo la edad más común de los pacientes entre 40 y 60 años.

El tratamiento de primera elección en la fascitis plantar es conservador, pero aproximadamente el 10% de los pacientes no mejoran. Los métodos conservadores más usados en Fisioterapia son láser, ultrasonido, magnetoterapia, ondas de choque, estiramientos y otros aplicados en el punto doloroso.

Objetivo:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la efectividad clínica de las ondas de choque frente a otros tratamientos convencionales en la fascitis plantar.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de literatura científica referente a humanos en los últimos 10 años publicada en las bases de datos Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Web of science Y Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Para ello se han utilizado los términos ondas de choque, infiltraciones, tratamiento y fascitis plantar.

Se obtuvieron 72 resultados, de los cuales sólo 7 fueron seleccionados atendiendo a los criterios de inclusión:

- Publicaciones en el intervalo de 10 años
- Idioma español o inglés

Y exclusión:

- Pertener a otro campo que no adecúe al tema
- Se encuentra en un idioma diferente al español o inglés
- Artículos no encontrados a texto completo

Resultados:

Uno de los temas más frecuentemente abordados en el estudio del tratamiento de fascitis es la comparación entre las Ondas de Choque y las infiltraciones de corticoesteroides.

Se obtienen resultados favorables estadísticamente significativos para ambas alternativas. No obstante, ciertos estudios se inclinan a favor de las Ondas de Choque con mejoras en el dolor y en la función en ambas, pero con la diferencia de que con las ondas de choque se mantienen 12 meses y en el caso de los corticoesteroides empiezan a empeorar pasado el primer mes.

Los resultados obtenidos en esta revisión parecen señalar que las ondas de choque son un tratamiento indicado en casos de fascitis plantar con el que se pueden obtener resultados positivos, tanto en el dolor como en la función o en los cambios en el grosor de la fascia en un plazo medio/corto. Sin embargo no se demuestra que este tratamiento sea claramente mejor que cualquiera de las otras alternativas a efectos clínicos, especialmente a largo plazo. Se puede considerar su uso por delante de las infiltraciones con corticosteroides por evitar las molestias y riesgos que suponen estas últimas y dado que los resultados finales parecen ser los mismos o mejores. Al margen de las infiltraciones de corticosteroides sigue habiendo otras alternativas a las ondas de choque igualmente válidas como los estiramientos, que a priori dan incluso mejores resultados, o el tratamiento con láser, que da los mismos resultados en comparación a las ondas de choque.

Conclusiones:

Es necesario llevar a cabo más estudios para demostrar la superioridad a largo plazo de las ondas de choque frente a otras terapias no quirúrgicas, y para aclarar su mecanismo de acción que continua sin conocerse más allá de las teorías del desencadenamiento de mecanismos de neovascularización, supresión de nociceptores e hiperestimulación que bloquea el mecanismo gate-control.

También faltan estudios que se centren en determinar que parámetros son los más adecuados en el uso de las ondas de choque, destacando la inexistencia de un protocolo de ondas de choque más concreto, a pesar que concluye que las ondas de choque tienen mejores tasas de éxito en aplicaciones a dosis más altas.

No obstante se puede afirmar que el tratamiento con ondas de choque es ligeramente superior que el tratamiento con corticosteroides e igual de efectivo que el tratamiento con láser. Los estiramientos parecen dar mejores resultados que las ondas de choque. Lo más recomendable es realizar un tratamiento combinado para mayor eficacia.

Bibliografía

- 1.- Malliaropoulos N, Crate G, Meke M, Korakakis V, Nauck T, Lohrer H, et al. Success and Recurrence Rate after Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy for Plantar Fasciopathy: A Retrospective Study. *BioMed Rest Int.* 2016; 2016: 9415827
- 2.- Haake M, Buch M, Schoellner C, Goebel F, Vogel M, Mueller I, et al. Extracorporeal Shock wave therapy for plantar fasciitis. Randomized controlled multicenter trial. *BMJ* 2003 Jul 12; 327(7406): 75
- 3.- Healey K, Chen K. Plantar fasciitis. Current diagnostic modalities and treatments. *Clin Posiatr Med Surg.* 2010 Jul; 27(3): 369-80.

Capítulo 146

Oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de heridas y úlceras crónicas.

*García Gallego, Marta
García Ramírez, Verónica
Martínez Garrido, Desirée*



XIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA
DEL 1 AL 8 DE OCTUBRE DE 2022

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Y ÚLCERAS CRÓNICAS

García Gallego, Marta; García Ramírez, Verónica; Martínez Garrido; Desirée



1. Introducción

La oxigenoterapia hiperbárica es una terapia que consiste en conseguir presiones parciales de oxígeno altas en sangre cuando se respira oxígeno al 100% en una cámara presurizada. En el caso de las úlceras, se emplea en las del pie diabético, en las vasculares y en heridas con una evolución tórpida.

2. Objetivos

- ❑ Dar a conocer los efectos de la oxigenoterapia hiperbárica en las úlceras y heridas crónicas.
- ❑ Promover la inclusión de esta terapia como tratamiento coadyuvante en este tipo de lesiones.

3. Material y método

Con el objetivo de lograr los objetivos, se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron estas bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Google Académico.

4. Resultados

Los artículos consultados coinciden en que la oxigenoterapia hiperbárica produce estos efectos:

- ❑ Mantiene una correcta oxigenación tanto a nivel micro como macrocirculatorio.
- ❑ Tras varias sesiones (concretadas según características y evolución de la lesión), mejora considerablemente el aspecto de la lesión.
- ❑ Al incrementar la epitelización, disminuye la probabilidad de amputación de miembros.
- ❑ Disminuye los edemas perilesionales.
- ❑ Reduce la inflamación (afectando a los marcadores inflamatorios serológicos).
- ❑ Aminora el dolor.
- ❑ Hace que disminuya el tamaño de la herida.
- ❑ Promueve la revascularización mediante el incremento de la angiogénesis.
- ❑ Disminuye la concentración de gérmenes anaerobios, presenta acción bactericida y es eficaz contra el biofilm bacteriano.
- ❑ La probabilidad de infección local o sepsis se ve reducida notablemente.

5. Conclusiones

Como profesionales de enfermería, es importante conocer los efectos de esta terapia para mejorar los cuidados y la calidad de vida de los pacientes que presentan heridas y úlceras crónicas.



6. Bibliografía

- Torres Álvarez P, Quintela Varela ME. Utilización de la oxigenoterapia hiperbárica en la curación de heridas. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica [revista en Internet]. 2019. [acceso 23 de mayo de 2022]; 13 (38): [40-47]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7184191>
- Del Carmen Jorge M, F. Ríos L, Merbilhaa O, Portas M. Evidencia del tratamiento de oxigenación hiperbárica en la optimización de costos sanitarios. Revista Argentina de Medicina. [revista en Internet]. 2019. [acceso 23 de mayo de 2022]; 7 (4): [247-251]. Disponible en: <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/343/303>
- Torres León JM, Domínguez Alegría AR, Navarro Téllez M, Brinquis Crespo MA, Espigares Correa A, Pérez Mochales JF. Patologías tratadas con oxigenoterapia hiperbárica en el Hospital Central de la Defensa. Sanidad Militar. [revista en Internet]. 2015 [acceso 23 de mayo de 2022]; 71 (2) : [77-83]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200002

Resumen: La oxigenoterapia hiperbárica es una terapia que logra presiones parciales de oxígeno altas en sangre al respirar oxígeno al 100% en una cámara presurizada. Una de sus aplicaciones es el tratamiento de las úlceras vasculares, del pie diabético y de las que tienen una cicatrización tórpida. Algunos de sus efectos son la mejora de la epitelización, la reducción de la probabilidad de infección y de amputación, la disminución del dolor, del diámetro de la lesión y de la inflamación. También cuenta con acción bactericida.

Conocer esta terapia permite mejorar los cuidados de las heridas crónicas.

Palabras Clave: Oxigenoterapia Hiperbárica, Heridas Crónicas, Úlceras Crónicas.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La oxigenoterapia hiperbárica es una terapia que consiste en conseguir presiones parciales de oxígeno altas en sangre cuando se respira oxígeno al 100% en una cámara presurizada. Lleva usándose para enfermedades dermatológicas desde 1965. Cada una de las sesiones dura entre 60-90 minutos, aunque este tiempo puede ser superior. En el caso de las úlceras, se emplea en las del pie diabético, en las vasculares y en heridas con una evolución tórpida.

Objetivo:

- Dar a conocer los efectos de la oxigenoterapia hiperbárica en las úlceras y heridas crónicas.
- Promover la inclusión de esta terapia como tratamiento coadyuvante en este tipo de lesiones.

Metodología:

Con el objetivo de lograr los objetivos, se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron estas bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Google Académico. Se acotó la búsqueda a artículos en inglés y castellano publicados entre 2015 y 2022.

Resultados:

Los artículos consultados coinciden en que la oxigenoterapia hiperbárica produce estos efectos:

- Mantiene una correcta oxigenación tanto a nivel micro como macro circulatorio.
- Tras varias sesiones (concretadas según características y evolución de la lesión), mejora considerablemente el aspecto de la lesión.
- Al incrementar la epitelización, disminuye la probabilidad de amputación de miembros.
- Disminuye los edemas perilesionales.
- Reduce la inflamación (afectando a los marcadores inflamatorios serológicos).
- Aminora el dolor.
- Genera hiperoxia y vasoconstricción.

- Hace que disminuya el tamaño de la herida.
- Promueve la revascularización mediante el incremento de la angiogénesis.
- Disminuye la concentración de gérmenes anaerobios, presenta acción bactericida (ya que provoca daños en el ADN de las bacterias) y es eficaz contra el biofilm bacteriano.
- La probabilidad de infección local o sepsis se ve reducida notablemente.
- Potencia los efectos de la terapia farmacológica para la cicatrización de las úlceras.

Conclusiones:

Como profesionales de enfermería, es importante conocer los efectos de esta terapia para mejorar los cuidados y la calidad de vida de los pacientes que presentan heridas y úlceras crónicas.

Bibliografía

1.- Torres Álvarez P, Quintela Varela ME. Utilización de la oxigenoterapia hiperbárica en la curación de heridas. Revisión bibliográfica. Enfermería Dermatológica [revista en Internet]. 2019. [acceso 23 de mayo de 2022]; 13 (38):[40-47]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7184191>

2.- Del Carmen Jorge M, F. Ríos L, Merbilhaa O, Portas M. Evidencia del tratamiento de oxigenación hiperbárica en la optimización de costos sanitarios. Revista Argentina de Medicina. [revista en Internet]. 2019. [acceso 23 de mayo de 2022]; 7 (4): [247-251]. Disponible en: <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/343/303>

3.- Torres León JM, Domínguez Alegría AR, Navarro Téllez M, Brinquis Crespo MA, Espigares Correa A, Pérez Mochales JF. Patologías tratadas con oxigenoterapia hiperbárica en el Hospital Central de la Defensa. Sanidad Militar. [revista en Internet]. 2015 [acceso 23 de mayo de 2022]; 71 (2): [77-83]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200002

Capítulo 147

Pacientes con Hepatitis B en Hemodialisis.

*Monescillo Ruedas, Alejandra
Del Hoyo Serrano, M^a Jesús
Pérez Trenado, María del Prado
Villalta Antequera, Elena*

INTRODUCCION

Las infecciones víricas afectan a la morbimortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, pudiendo afectar también al personal de las unidades. Los virus con más relevancia actualmente son: Virus B, Virus C y VIH.

Los pacientes con ERC, especialmente los pacientes en hemodiálisis, tienen mayor riesgo de contagio y transmisión del VHB. El riesgo de desarrollar VHB depende del tipo y duración de la sesión de diálisis, del control de infección durante la misma, de las transfusiones sanguíneas y del programa de vacunación frente al VHB. El cribado del VHB es fundamental en los pacientes con ERC, dado que permite la vacunación de los individuos no inmunizados antes de que se produzca la infección y así evitar el riesgo de cronicidad, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La infección por el VHB en la población general se ha reducido en las últimas dos décadas, alcanzando un 0,7% en 2013, gracias a las estrategias de vacunación. En los pacientes con ERC sigue siendo algo más alta, en España la prevalencia de VHB en hemodiálisis se situó en el 1,03%.

OBJETIVOS

Conocer cómo actuar ante pacientes con hepatitis B en la unidad de hemodiálisis y las medidas a llevar a cabo para impedir la transmisión del virus en la unidad.

RESULTADOS

Para la prevención de la infección por virus VHB en los pacientes con ERC que ingresan en hemodiálisis o en lista de trasplante renal, es necesario iniciar la vacunación lo antes posible ante pacientes con HBsAg negativos, ya que tienen peor respuesta a la vacunación que la población general. Existen 2 opciones de vacunación:

- ENGERIX, HBVAPRO: la más utilizada, pero a dosis doble (40mg) ya que se ha visto que aumenta el nivel de anticuerpos y/o la duración de la inmunización.. Con una pauta de 0,1, 2 y 6 meses.
- FENDRIX: especialmente indicada en pacientes con ERC y a dosis de 20mg. Mayor eficacia con menor número de dosis administradas. Con pauta de 0,1,2 y 6 meses.



El control postvacunal debe realizarse 1-2 meses después de la última dosis, aunque se recomienda un control serológico mínimo una vez al año en pacientes en diálisis para valorar el estado de la inmunización. Se aconseja una dosis de recuerdo o revacunación cuando los niveles de antiHBs sean <10UI/ml.

En la unidad de hemodiálisis, se recomienda el aislamiento de los pacientes positivos en VHB, en una sala aparte, con monitor propio, puesto propio (sillón o cama) y con personal exclusivo para estos pacientes. Solo se podrá cambiar de monitor y de puesto en situaciones necesarias, no de forma habitual. La transmisión horizontal o por contacto es la vía más importante de infecciones víricas en las unidades de hemodiálisis, por ello, todo el personal que trabaje en la unidad, tanto sanitario como no sanitario, es un posible vehículo de infección, por lo que han de conocer las medidas de precaución que hay que llevar a cabo. Esta transmisión se puede evitar realizando principalmente con una adecuada higiene de manos y desinfección de superficies, entre otras medidas.

Siempre que llegue a la unidad un paciente nuevo, ya sea de forma permanente o por un periodo vacacional, es necesario saber su estado serológico. En el caso de no se conozca la serología del paciente, se deberá tratar al paciente como positivo, dializando al paciente aislado del resto, en un monitor y puesto exclusivo para él, para así evitar la posible transmisión. Una vez se sepa que el paciente es negativo en VHB, saldrá del aislamiento, y se valorará si está protegido frente a dicho virus o si es necesario iniciar vacunación. En caso contrario, si es positivo frente a VHB, se aislará con el resto de pacientes VHB positivos.

Medidas protectoras y/o preventivas:

- Utilización de EPIS adecuados (bata, mascarilla, gafas y guantes).
- Manipular cuidadosamente los objetos punzantes y eliminarlos en los contenedores correspondientes.
- Seleccionar un área específica para la preparación y distribución de la medicación. No llevar viales de medicación de un puesto a otro de diálisis. Siempre serán dosis individuales, en jeringas individualizadas y bien rotuladas.
- Lavado de manos y cambio de guantes después de cada paciente.
- Esterilización o eliminación de los productos potencialmente contaminantes.
- Limpieza de superficies, sobre todo monitores y superficies que se tocan con frecuencia. Además de desinfección interna del monitor.
- Limpiar y desinfectar el material empleado por el paciente antes de ser reutilizado con otro paciente o antes de guardarlo, como por ejemplo son pinzas de hemostasia, compresores...
- Limpiar lo antes posibles las salpicaduras de sangre con hipoclorito sódico al 10%.
- Entre cada turno de pacientes se limpiará la sala.
- Separar claramente las zonas de limpio de las zonas contaminadas.

CONCLUSIÓN

La infección por VHB, es muy común entre los pacientes en hemodiálisis, por ello es fundamental establecer su diagnóstico precozmente para poder llevar a cabo las medidas pertinentes para evitar la transmisión de dicha infección al resto de pacientes y al propio personal de la unidad.

Por ello hay dos puntos clave a tener cuenta:

- Control serológico una o dos veces al año, para valorar el estado del paciente, por si hay una nueva infección o por si algún paciente no está inmunizado frente al virus, siendo necesario iniciar la vacunación en este caso.
- Extremar las medidas de higiene tanto del personal sanitario como no sanitario de la unidad.

SEROLOGIA	NEGATIVO	POSITIVO
AgHBs	Ausencia de infección actual	Infección actual
Ac AntiHBc	Ausencia de infección pasada	Infección pasada
Ac antiHBs	Ausencia de inmunización natural o adquirida (<10mUI/ml)	Inmunización actual o adquirida (>10mUI/ml)

Autores:

Alejandra Monescillo Ruedas

María Jesús del Hoyo Serrado

María del Prado Pérez Trenado

Elena Villalta Antequera



Resumen: Las infecciones víricas afectan a la morbimortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, pudiendo afectar también al personal de las unidades.

Los pacientes con ERC, especialmente los pacientes en hemodiálisis, tienen mayor riesgo de contagio y transmisión del VHB. El cribado del VHB es fundamental, dado que permite la vacunación de los individuos no inmunizados antes de que se produzca la infección.

La infección por el VHB en la población general se ha reducido en las últimas dos décadas. En España la prevalencia de VHB en hemodiálisis se situó en el 1,03%.

Palabras Clave: Hemodiálisis, Hepatitis B, Vacunación.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La transmisión horizontal o por contacto se ha convertido en la vía más importante de infecciones virales en las unidades de hemodiálisis. Se produce cuando los microorganismos son transferidos de las manos del personal sanitario que no cumple de forma adecuada las precauciones universales y toca a otro paciente y, con menos frecuencia a través de las superficies contaminadas que pueden actuar como un reservorio de patógenos. Esta transmisión se puede evitar realizando una adecuada higiene de las manos y desinfección de las superficies. Los pacientes en diálisis no suelen desarrollar síntomas de hepatitis B aguda y sus niveles de transaminasas suelen ser normales o estar poco elevados en la infección crónica. La carga viral se mantiene baja y estable a lo largo del tiempo. Las causas no han sido aclaradas, pero se ha sugerido que pueden jugar un papel la uremia, el déficit de la vitamina B y el estado nutricional.

Objetivo:

Conocer cómo actuar ante pacientes con hepatitis B en la unidad de hemodiálisis y las medidas a llevar a cabo para impedir la transmisión del virus en la unidad.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda en la plataforma Google Académico, usando como palabras clave "hemodiálisis", "hepatitis B" y "vacunación". De las citas bibliográficas encontradas, en total cinco, se han empleado para la realización de este trabajo tres de ellas, ya que cumplían los criterios de inclusión seleccionados. Además, de la experiencia profesional en unidades de diálisis de las enfermeras que han participado en la autoría de este trabajo.

Resultados:

Las guías recomiendan la vacunación universal de los pacientes con ERC frente al VHB en cuanto se detecte su falta de inmunización y siempre antes de comenzar diálisis y recibir un trasplante renal. Las personas ERC tienen peor respuesta a la vacunación del VHB que la población general.

Existen dos opciones de vacunación, más utilizada y recomendada es la doble dosis (40mg) de la vacuna convencional (Engerix, HBVAXPRO) a los 0,1,2 y 6 meses. Ha demostrado aumentar el porcentaje de pacientes que logra títulos protectores de anticuerpos, el nivel de antiHBs alcanzado y/o la duración de la inmunización. La vacuna adyuvada (Fendrix) a los 0,1,2 y 6 meses, está especialmente indicada para pacientes con ERC y se administra a dosis simple (20mg). Varios estudios han demostrado su mayor eficacia con menor número de dosis administradas, siendo aun así más cara, pero ocasionando menor número de pinchazos y visitas a centros sanitarios. Se aconseja una dosis de recuerdo o revacunación cuando los niveles de antiHBs disminuyen por debajo de 10mUI/ml. El control postvacunal debe realizarse 1-2 meses después de la última dosis y anualmente en los pacientes en diálisis. Se recomienda repetir el ciclo de vacunación en los no respondedores. Tras esta pauta vacunal puede considerarse al paciente no respondedor si sus niveles de anticuerpos antiHBs son inferiores a 10mUI/ml. Los pacientes tienen una respuesta pobre si sus niveles de anticuerpos antiHBs son de 10-99mUI/ml; y excelente si son mayores de 1000mUI/ml. En hemodiálisis, recomiendan el aislamiento de los pacientes positivos en salas específicas con monitor propio y el empleo de guantes y bata por personal exclusivo. Aun así, deben extremarse las medidas universales de higiene y la exposición accidental a sangre y otros fluidos. En los objetivos de las Unidades de hemodiálisis en relación con las infecciones víricas están:

- Prevenir la infección de forma activa (vacunación precoz cuando es posible)
- Informar, educar y extremar las condiciones necesarias en las unidades, para lograr que las precauciones universales se cumplan siempre por todo el personal sanitario y no sanitario.
- Identificar precozmente los pacientes infectivos o potencialmente infectivos, para establecer las medidas de aislamiento si están indicadas, para evitar la transmisión nosocomial horizontal, principal vía de transmisión.

Medias preventivas y/o protectoras:

- Utilización de EPIS adecuados (bata, mascarilla, gafas y guantes).
- Manipular cuidadosamente los objetos punzantes y eliminarlos en los contenedores correspondientes.
- Seleccionar un área específica para la preparación y distribución de la medicación. No llevar viales de medicación de un puesto a otro de diálisis.
- Siempre serán dosis individuales, en jeringas individualizadas y bien rotuladas.
- Lavado de manos y cambio de guantes después de cada paciente.
- Esterilización o eliminación de los productos potencialmente contaminantes.
- Limpieza de superficies, sobre todo monitores y superficies que se tocan con frecuencia. Además de desinfección interna del monitor.
- Limpiar y desinfectar el material empleado por el paciente antes de ser reutilizado con otro paciente o antes de guardarlo, como por ejemplo son pinzas de hemostasia, compresores...
- Limpiar lo antes posibles las salpicaduras de sangre con hipoclorito sódico al 10%.
- Entre cada turno de pacientes se limpiará la sala.
- Separar claramente las zonas de limpio de las zonas contaminadas.

Conclusiones:

La infección por VHB, es muy común entre los pacientes en hemodiálisis, por ello es fundamental establecer su diagnóstico precozmente para poder llevar a cabo las medidas pertinentes para evitar la transmisión de dicha infección al resto de pacientes y al propio personal de la unidad. Por ello hay dos puntos clave a tener cuenta:

- Control serológico una o dos veces al año, para valorar el estado del paciente, por si hay una nueva infección o por si algún paciente no está inmunizado frente al virus, siendo necesario iniciar la vacunación en este caso.
- Extremar las medidas de higiene tanto del personal sanitario como no sanitario de la unidad.

Bibliografía

- 1.- Herrera- Muñoz, Álvaro Adolfo. Guías de manejo hepatitis por virus B en insuficiencia renal crónica y hemodiálisis. AMC, Vol.50, supl.3. 2018.
2. García-Agudo R, Aoufi Rabih S. Hepatitis B en la enfermedad renal crónica. Nefrología al día.
3. G. Barril, E. González Parra, R. Alcázar, D. Arenas, J. M.ª Campistol, C. Caramelo, M. Carrasco, V. Carreño, M. Espinosa, J. García Valdecasas, J. L. Górriz, M.ª D. López, L. Martín, P. Ruiz y J. L. Teruel. Guías sobre enfermedades víricas en hemodiálisis (HD). Nefrología. Vol. XXIV. Numero Extraordinario II. 2004

Capítulo 148

Papel de Enfermería en el decúbito prono en el paciente crítico

Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada

Muñoz Camargo, Juan Carlos

Rubio Serrano, María Pilar

Sánchez Bermejo Rodríguez Barbero, María de las Cruces

García Fernández, María Gema

Ayuso Rivas, Rosa Marca

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DECÚBITO PRONO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Camargo JC, Rubio Serrano MP, Sánchez-Bermejo Rodríguez-Barbero MC, García Fernández G, Ayuso Rivas RM.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

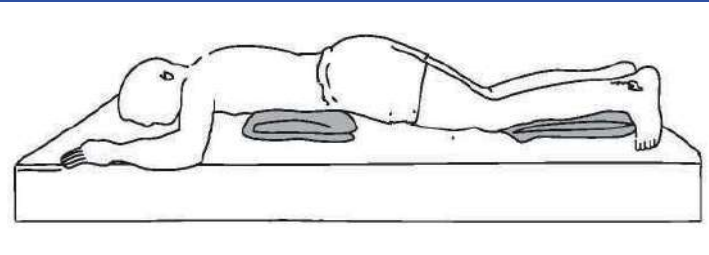


INTRODUCCIÓN

La pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ha hecho más relevante y pertinente el realizar la técnica de decúbito prono (DP), siendo los profesionales de enfermería, quienes han tomado el liderazgo para llevar a cabo las maniobras y cuidados de la pronación en el paciente crítico.

El DP es una técnica compleja, realizada por el equipo multidisciplinar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), desde los años setenta, que requiere un grado de capacitación y experiencia para reducir los posibles riesgos y complicaciones asociadas como: la obstrucción o pérdida del tubo endotraqueal, úlceras por presión, lesiones faciales, edemas faciales,...

El DP mejora la clínica del paciente con hipoxemia severa asociada al Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), facilitando que las presiones pleurales sean equilibradas, favoreciendo una distribución homogénea del aire en ambos pulmones y mejorando el intercambio gaseoso alveolar en las zonas dorsales.



DECÚBITO PRONO.

Fuente: <http://revistamedica.com/celador-paciente-geriatrico/4-decubito-prono/>
Junio 2021

OBJETIVOS

- Determinar el papel de enfermería en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico.
- Conocer cuáles son los cuidados de enfermería antes, durante y después de la técnica de pronación del paciente crítico.
- Protocolizar la realización de la maniobra de decúbito prono y sus cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda científica en las bases de datos: Pubmed, Google Académico, Dialnet; con las palabras claves: Cuidados de enfermería en el decúbito prono / (Prone position) and (nursing care).

Los criterios de selección fueron los textos completos en inglés y español, en los últimos 5 años.

RESULTADOS

Para la técnica se precisa un mínimo de 5 profesionales sanitarios cualificados. Las guías de práctica clínica sugieren una distribución del personal: 2 Enfermeras, 1 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), 1 Médico, 1 Celador.

Los cuidados de enfermería se dividen en 3 momentos de la pronación:

ANTES

- Preparar material necesario: sábanas, almohadas, electrodos para monitorizar posteriormente.
- Informar al personal implicado, explicar y planificar la maniobra.
- Informar a la familia y/o al paciente si estuviera consciente la terapia y las posibles complicaciones.
- Valorar extraer una gasometría arterial antes de realizar la maniobra.
- Comprobar el funcionamiento de los accesos venosos y arteriales, y permeabilidad de los drenajes. Si presenta heridas o drenajes en la zona anterior del cuerpo, realizar las curas necesarias.
- Retirar todos los dispositivos que no sean necesarios.
- Colocar la sonda vesical entre los miembros inferiores.
- Si al paciente se le está administrando nutrición enteral suspenderla y colocar la sonda nasogástrica a bolsa.
- En relación al tubo orotraqueal:
 - × Comprobar neumotamponamiento
 - × Valorar aspirar secreciones,
 - × Verificar que esté en la comisura correcta
 - × Preoxigenar al paciente si es necesario.
- Administrar la medicación médica pautada para la técnica: sedación y/o analgesia y/o relajación.

DURANTE

- Colocar la cama en horizontal a la altura apropiada para el personal sanitario.
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Posicionar los brazos alineados al cuerpo.
- El profesional que se encargue de la cabeza lidere la maniobra y da órdenes.
 - ✓ Si el paciente está intubado, será el médico o enfermera por elección.
 - ✓ Vigilar que el TOT no se acode, colapse ni salga.
- El pulsioxímetro debe estar visible en todo momento. Preferiblemente se girará al paciente...
 - × Intubado: hacia el lado del respirador.
 - × No intubado: hacia el lado contrario donde se encuentren la mayoría de los accesos vasculares.
- Colocar 3 almohadas: zona escapular, pelvis y rodillas.
- Poner la sábana por encima de las almohadas para facilitar el giro.
- Enrollar los bordes de las sábanas (bajera y encimera) hacia los flancos del paciente.
- Llevarlo al extremo de la cama del lado contrario del giro.
- Realizar el giro en 2 movimientos: lateralización y pronación.

DESPUÉS

- Con el paciente pronado, centrarlo en la cama y retirar la sábana de arriba.
- Verificar que el tubo endotraqueal no presente obstrucción, ni acodamiento y la comisura sea la correcta
- Monitorizar nuevamente al paciente, si se ha retirado para la técnica.
- Comprobar la correcta colocación de todos los dispositivos.
- Verificar que el paciente esté en la posición adecuada. Ladear la cabeza y flexionar brazo (a 90° con la palma hacia abajo) y pierna del mismo lado. Colocar el otro brazo pegado al cuerpo con la palma hacia arriba, con el codo ligeramente flexionado.
- Poner la cama en posición antitrendelenburg (10-30°) para evitar edema.
- Valorar nivel de dolor y confort del paciente dependiendo del nivel de conciencia (Escala ESCID y RASS).
- Valorar extraer una gasometría arterial, 30 minutos después de realizar la maniobra.
- Realizar cambios posturales, giro de la cabeza y almohadas cada 2-4h. Revisar la correcta alineación corporal.
- Planificar cuidados para potenciar el reposo y reducir el estrés ambiental.
- Registrar la Escala de Braden. Vigilar y prevenir las úlceras en zonas como orejas, pómulos, mamas, codos, genitales, rodillas, dedos de los pies, pelvis, tórax... Aplicar aceites hiperoxigenados y protección cutánea cada 8h.
- Realizar higiene según protocolo de la Unidad.
- Lubricación de ojos

CONCLUSIONES

El papel de enfermería es fundamental en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico, debe conocer todas las medidas terapéuticas antes, durante y después, para poder proporcionar los cuidados basados en la evidencia, que requiere.

Disponer de protocolos que indiquen como realizar la maniobra de decúbito prono, evitan complicaciones, aumentan la efectividad, seguridad del paciente y las buenas prácticas en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Igarzaba L, Peña D. El decúbito prono: una revisión del procedimiento para la mejora de los cuidados de Enfermería. Números científica. 2021;5(33):29-38.
- 2) Vallejo J, Jiménez E. Perception of the nursing professional about the care applied to the patient in the prone lay position associated with covid-19 Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión 2. 2021;6(2):36-42.
- 3) Huerta Y, Valencia AL. Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria. Rev Mex Enf. 2020;8:70-5.
- 4) Campello C, Vidal A, Del Sanz MI, Villaescusa MC. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería de UCI. Una revisión integrada. Revista Científica de Enfermería. 2015;10:1-16.

Resumen: Se realizó una búsqueda bibliográfica en el decúbito prono, los objetivos son:

- Determinar el papel de enfermería en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico.
- Conocer cuáles son los cuidados de enfermería antes, durante y después de la técnica de pronación del paciente crítico.
- Protocolizar la realización de la maniobra de decúbito prono y sus cuidados enfermeros.

El papel de enfermería es fundamental en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico, debe conocer todas las medidas terapéuticas y proporcionar los cuidados basados en la evidencia.

Palabras Clave: Planificación de la Atención al paciente, Pronación, Enfermería de Cuidados críticos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ha hecho más relevante y pertinente el realizar la técnica de decúbito prono (DP), siendo los profesionales de enfermería, quienes han tomado el liderazgo para llevar a cabo las maniobras y cuidados de la pronación en el paciente crítico.

El DP es una técnica compleja, realizada por el equipo multidisciplinar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), desde los años setenta, que requiere un grado de capacitación y experiencia para reducir los posibles riesgos y complicaciones asociadas como: la obstrucción o pérdida del tubo endotraqueal, úlceras por presión, lesiones faciales, edemas faciales,...

El DP mejora la clínica del paciente con hipoxemia severa asociada al Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), facilitando que las presiones pleurales sean equilibradas, favoreciendo una distribución homogénea del aire en ambos pulmones y mejorando el intercambio gaseoso alveolar en las zonas dorsales.

Objetivo:

- Determinar el papel de enfermería en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico.
- Conocer cuáles son los cuidados de enfermería antes, durante y después de la técnica de pronación del paciente crítico.
- Protocolizar la realización de la maniobra de decúbito prono y sus cuidados enfermeros.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda científica en las bases de datos: Pubmed, Google Académico, Dialnet; con las palabras claves: Cuidados de enfermería en el decúbito prono / (Prone position) and (nursing care).

Los criterios de selección fueron los textos completos en inglés y español, en los últimos 5 años.

Resultados:

Para la técnica se precisa un mínimo de 5 profesionales sanitarios cualificados. Las guías de práctica clínica sugieren una distribución del personal: 2 Enfermeras, 1 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), 1 Médico, 1 Celador.

Los cuidados de enfermería se dividen en 3 momentos de la pronación:

Antes:

- Preparar material necesario: sábanas, almohadas, electrodos para monitorizar posteriormente.
- Informar al personal implicado, explicar y planificar la maniobra.
- Informar a la familia y/o al paciente si estuviera consciente la terapia y las posibles complicaciones.
- Valorar extraer una gasometría arterial antes de realizar la maniobra.
- Comprobar el funcionamiento de los accesos venosos y arteriales, y permeabilidad de los drenajes. Si presenta heridas o drenajes en la zona anterior del cuerpo, realizar las curas necesarias.
- Retirar todos los dispositivos que no sean necesarios.
- Colocar la sonda vesical entre los miembros inferiores.
- Si al paciente se le está administrándole nutrición enteral suspenderla y colocar la sonda nasogástrica a bolsa.
- En relación al tubo orotraqueal:
 - Comprobar neumotamponamiento
 - Valorar aspirar secreciones,
 - Verificar que esté en la comisura correcta
 - Preoxigenar al paciente si es necesario.
 - Administrar la medicación médica pautada para la técnica: sedación y/o analgesia y/o relajación.

Durante:

- Colocar la cama en horizontal a la altura apropiada para el personal sanitario.
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Posicionar los brazos alineados al cuerpo.
- El profesional que se encargue de la cabeza lidera la maniobra y da órdenes.
- Si el paciente está intubado, será el médico o enfermera por elección.
- Vigilará que el TOT no se acode, colapse ni salga.
- El pulsioxímetro debe estar visible en todo momento. Preferiblemente se girará al paciente...
- Intubado: hacia el lado del respirador.

- No intubado: hacia el lado contrario donde se encuentren la mayoría de los accesos vasculares.
- Colocar 3 almohadas: zona escapular, pelvis y rodillas.
- Poner la sábana por encima de las almohadas para facilitar el giro.
- Enrollar los bordes de las sábanas (bajera y encimera) hacia los flancos del paciente.
- Llevarlo al extremo de la cama del lado contrario del giro.
- Realizar el giro en 2 movimientos: lateralización y pronación.

Después:

- Con el paciente pronado, centrarlo en la cama y retirar la sábana de arriba.
- Verificar que el tubo endotraqueal no presente obstrucción, ni acodamiento y la comisura sea la correcta
- Monitorizar nuevamente al paciente, si se ha retirado para la técnica.
- Comprobar la correcta colocación de todos los dispositivos.
- Verificar que el paciente esté en la posición adecuada. Ladear la cabeza y flexionar brazo (a 90º con la palma hacia abajo) y pierna del mismo lado. Colocar el otro brazo pegado al cuerpo con la palma hacia arriba, con el codo ligeramente flexionado.
- Poner la cama en posición antitrendelenburg (10-30º) para evitar edema.
- Valorar nivel de dolor y confort del paciente dependiendo del nivel de conciencia (Escala ESCID y RASS).
- Valorar extraer una gasometría arterial, 30 minutos después de realizar la maniobra.
- Realizar cambios posturales, giro de la cabeza y almohadas cada 2-4h. Revisar la correcta alineación corporal.
- Planificar cuidados para potenciar el reposo y reducir el estrés ambiental.
- Registrar la Escala de Braden. Vigilar y prevenir las úlceras en zonas como orejas, pómulos, mamas, codos, genitales, rodillas, dedos de los pies, pelvis, tórax... Aplicar aceites hiperoxigenados y protección cutánea cada 8h.
- Realizar higiene según protocolo de la Unidad.
- Lubricación de ojos

Conclusiones:

El papel de enfermería es fundamental en la técnica de decúbito prono en el paciente crítico, debe conocer todas las medidas terapéuticas antes, durante y después, para poder proporcionar los cuidados basados en la evidencia, que requiere.

Disponer de protocolos que indiquen como realizar la maniobra de decúbito prono, evitan complicaciones, aumentan la efectividad, seguridad del paciente y las buenas prácticas en enfermería.

Bibliografía

- 1.- Bibliografía 1. Igarzaba L, Peña D. El decúbito prono: una revisión del procedimiento para la mejora de los cuidados de Enfermería. *Núberos científica*. 2021;5(33):29-38.
- 2.- Bibliografía 2. Vallejo J, Jiménez E. Perception of the nursing profesional about the care applied to the patient in the prone lay position associaten with covid-19 *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 2. 2021;6(2):36-42.
- 3.- Bibliografía 3. Huerta Y, Valencia AL. Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria. *Rev Mex Enf*. 2020;8:70-5.
- 4.- Bibliografía 4. Campello C, Vidal A, Del Sanz MI, Villaescusa MC. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermería de UCI. Una revisión integrada. *Revista Científica de Enfermería*. 2015;10:1-16

Capítulo 149

Parálisis de Bell. Caso Clínico

*Armero Menchén, Beatriz
Ballesteros Benito, M^a Isabel
Sánchez Puertas, María
Porras Sánchez-Escribano, Cristina
Arribas Toldos, Jaime*

PARÁLISIS DE BELL. CASO CLÍNICO

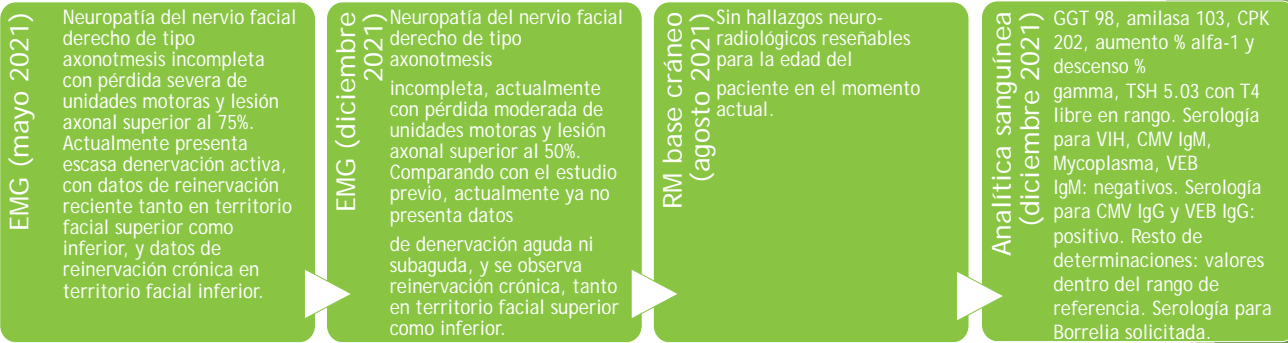


INTRODUCCIÓN: La parálisis de Bell es uno de los desórdenes neurológicos más comunes y es la primera causa de parálisis facial. Se manifiesta de forma abrupta alcanzando su punto máximo en un plazo de 72h. Generalmente afecta a un sólo lado de la cara pero puede afectar a ambos. Los síntomas varían entre las personas, desde debilidad leve a parálisis total con distorsión facial significativa. Se desconoce la causa exacta que la produce, pero muchos científicos creen que la reactivación de una infección viral latente puede hacer que el nervio facial se hinche y se inflame dando lugar a esta sintomatología. Los factores de riesgo incluyen embarazo, preeclampsia, obesidad, hipertensión, diabetes y afecciones de las vías respiratorias superiores.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente varón de 26 años que acude a consulta de neurología. El paciente refiere que el pasado 23/02/21 por la noche notó que la musculatura de la hemicara derecha comenzó a perder tono, con posterior aparición de hormigueo. Hasta el día siguiente no llegó a la máxima intensidad.

Recibió tratamiento con corticoides sistémicos y antivirales al inicio de síntomas durante un mes. También precisó el uso de lágrimas artificiales. El paciente refiere infección respiratoria para la cual precisó tratamiento antibiótico (azitromicina) mes y medio aproximadamente antes del inicio de estos síntomas. Ha estado acudiendo a fisioterapia particular para recibir tratamiento rehabilitador. A día de hoy, un año después, aún no recuperado totalmente.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:



PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

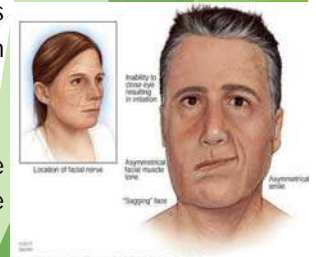
NANDA	NOC	NIC
00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	1200 Imagen corporal	5220 Potenciación de la imagen corporal 3590 Vigilancia de la piel
00183 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT	2002 Bienestar personal	6610 Identificación de riesgos
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3500 Manejo de presiones 3590 Vigilancia de la piel
0075 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	1705 Orientación sobre la salud	5510 Educación sanitaria 4920 Escucha activa
00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	0908 Memoria	5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Se recomienda a nuestro paciente nuevo control analítico con valores de GGT y hormonas tiroideas desde su centro de atención primaria y control por su médico de atención primaria y otorrinolaringología.

Si empeoramiento de síntomas o aparición de nueva clínica remitir de nuevo a nuestra consulta.

El 80% de los casos de parálisis facial son identificados como idiopáticos. En el caso de nuestro paciente se observa una estrecha relación entre la infección de vía aérea superior pasada un mes antes del inicio de síntomas.

En la mayoría de los casos su recuperación es relativamente rápida y completa.



AUTORES:

- ✓ Beatriz Armero Menchén
- ✓ M^a Isabel Ballesteros Benito
- ✓ María Sánchez Puertas
- ✓ Cristina Porras Sánchez-Escribano
- ✓ Jaime Arribas Toldos



Resumen: En este capítulo, presentamos un caso clínico sobre la Parálisis de Bell, uno de los desórdenes neurológicos más comunes y primera causa de parálisis facial en la población. Se describirá la patología, manifestaciones de esta y desarrollo y pronóstico. A continuación, nos introduciremos en la observación clínica del caso, diagnóstico (valoración médica, pruebas diagnósticas complementarias), tratamiento y plan de cuidados enfermero desarrollado específicamente para el paciente. Por último, se presenta una breve discusión y conclusión del caso.

Palabras Clave: Parálisis de Bell, Nervio facial, Cara

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La parálisis de Bell es uno de los desórdenes neurológicos más comunes y es la primera causa de parálisis facial.

Se manifiesta de forma abrupta alcanzando su punto máximo en un plazo de 72h. Generalmente afecta a un sólo lado de la cara, pero puede afectar a ambos. Los síntomas varían entre las personas, desde debilidad leve a parálisis total con distorsión facial significativa.

Se desconoce la causa exacta que la produce, pero muchos científicos creen que la reactivación de una infección viral latente puede hacer que el nervio facial se hinche y se inflame dando lugar a esta sintomatología.

Los factores de riesgo incluyen embarazo, preeclampsia, obesidad, hipertensión, diabetes y afecciones de las vías respiratorias superiores.

Objetivo:

Paciente varón de 26 años que acude a consulta de neurología. El paciente refiere que el pasado 23/02/21 por la noche notó que la musculatura de la hemicara derecha comenzó a perder tono, con posterior aparición de hormigueo. Hasta el día siguiente no llegó a la máxima intensidad.

Recibió tratamiento con corticoides sistémicos y antivirales al inicio de síntomas durante un mes. También precisó el uso de lágrimas artificiales. El paciente refiere infección respiratoria para la cual precisó tratamiento antibiótico (azitromicina) mes y medio aproximadamente antes del inicio de estos síntomas. Ha estado acudiendo a fisioterapia particular para recibir tratamiento rehabilitador. A día de hoy, un año después, aún no recuperado totalmente.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

– EMG (mayo 2021): Neuropatía del nervio facial derecho de tipo axonotmesis incompleta con pérdida severa de unidades motoras y lesión axonal superior al 75%. Actualmente presenta escasa denervación activa, con datos de reinervación reciente tanto en territorio facial superior como inferior, y datos de reinervación crónica en territorio facial inferior.

– EMG (diciembre 2021): Neuropatía del nervio facial derecho de tipo axonotmesis

incompleta, actualmente con pérdida moderada de unidades motoras y lesión axonal superior al 50%. Comparando con el estudio previo, actualmente ya no presenta datos

de denervación aguda ni subaguda, y se observa reinervación crónica, tanto en territorio facial superior como inferior.

– RM base cráneo (agosto 2021): Sin hallazgos neuro-radiológicos reseñables para la edad del paciente en el momento actual.

– Analítica sanguínea (diciembre 2021): GGT 98, amilasa 103, CPK 202, aumento % alfa-1 y descenso % gamma, TSH 5.03 con T4 libre en rango. Serología para VIH, CMV IgM, Mycoplasma, VEB IgM: negativos. Serología para CMV IgG y VEB IgG: positivo. Resto de determinaciones: valores dentro del rango de referencia. Serología para Borrelia solicitada, pero no determinada.

Plan de Cuidados Enfermero:

- NANDA: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00118)

NIC: potenciación de la imagen corporal (5220), vigilancia de la piel (3590)

NOC: imagen corporal (1200)

- NANDA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT (00183)

NIC: identificación de riesgos (6610)

NOC: bienestar personal (2002)

- NANDA: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047)

NIC: Manejo de presiones (3500), Vigilancia de la piel (3590)

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

- NANDA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR (0075)

NIC: EDUCACIÓN SANITARIA (5510), ESCUCHA ACTIVA (4920)

NOC: ORIENTACIÓN SOBRE LA SALUD (1705)

-NANDA: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (00161)

NIC: POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE (5540)

NOC: MEMORIA (0908)

Discusión y Conclusiones:

Se recomienda a nuestro paciente nuevo control analítico con valores de GGT y hormonas tiroideas desde su centro de atención primaria y control por su médico de atención primaria y otorrinolaringología.

Si empeoramiento de síntomas o aparición de nueva clínica remitir de nuevo a nuestra consulta.

El 80% de los casos de parálisis facial son identificados como idiopáticos. En el caso de nuestro paciente se observa una estrecha relación entre la infección de vía aérea superior pasada un mes antes del inicio de síntomas.

En la mayoría de los casos su recuperación es relativamente rápida y completa.

Bibliografía

1.- Miguel Evelio León-Arcila, David Benzur-Alalusy Jaime Álvarez-Jaramillo. Parálisis de Bell, reporte de un caso. REV ESP CIR ORAL MAXILOFAC [Internet] 2022 [Internet]; 35(4): 162–166. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055811001043?via%3Dihub>

2.- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, NIH. Parálisis de Bell [Internet]. NINDS [Internet]. [Consultado 30 marzo 2022]. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/paralisis-de-bell>

3.- NNN Consult. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

Capítulo 150

PICC en Enfermería, Técnica, Ciudadanos y Complicaciones

*Cubero Ruedas, Ana
Moreno Ruiz, Alicia
Martín Arévalo, María del Prado
Sanz Estudillo, Francisca
Agudo Mosquera, Silvia Natalia
Fernández Carmona, Carlos*

PICC EN ENFERMERIA, TECNICA, CIUDADOS y COMPLICACIONES

INTRODUCCIÓN

Los distintos sistemas para terapias intravenosas han evolucionado constantemente a lo largo de la historia, 4000 A.C. en el Neolítico hay constancia de la utilización de copas de succión y sanguijuelas para realizar flebotomias.

En los años 30 aparecieron los primeros sistemas plásticos y en 1945 se realiza la canalización del primer CVC. En los años 50 y 60 el primer sistema desechable fabricado con PVC. En 1970 la enfermera Ada Plumer publica Principios y práctica de la terapia intravenosa, considerada la Biblia de la terapia IV.

En España en 2006 se crea el primer Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Las enfermeras son las protagonistas en la realización de este tipo de técnicas y formación de dichos ETIs.

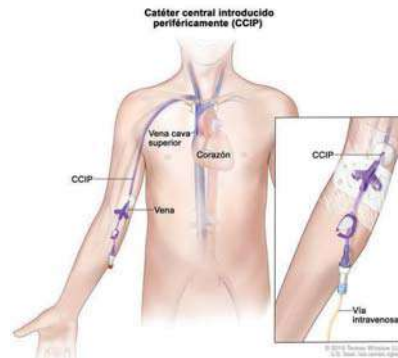
El PICC, catéter de acceso venoso central, está sustituyendo a las Vías Centrales y su utilización se está poco a poco implantando para tratamientos ambulatorios de larga duración, como los ciclos quimioterápicos, sustituyendo a los Port a Cath.

OBJETIVOS

En esta revisión bibliográfica nos centraremos en buscar PICC para conocer sus indicaciones, técnica para su canalización, cuidados y tiempo de vida útil para tratamientos de larga duración.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda de información de artículos para recopilar los datos necesarios consultando distintas bases de datos de artículos como Google Académico y revistas científicas como pueden ser Medline, Pubmed, y Scielo.



RESULTADO

Un PICC es un catéter central de inserción periférica cuya punta se sitúa en el tercio inferior de la vena cava superior a 2 cm de la unión atrio-caval, su canalización se realiza en condiciones máximas de esterilidad. La primera opción de para su inserción será la vena basilica del brazo derecho. Encontramos dos tipos de materiales en los PICC:

- 1.- Poliuretano, para tratamientos de duración corta e intermedia.
- 2.- Silicona, para tratamientos de larga duración. Este tipo de PICC no es compatible para la administración de contrastes.

Además de los distintos materiales podemos encontrar en el mercado también PICC de una, dos o tres luces.

Las posibles indicaciones del PICC son tratamientos intravenosos, nutrición parenteral, administración de citostáticos, hemoderivados, extracción de sangre y mediciones de presión venosa central.

La enfermera responsable de realizar la técnica de inserción del PICC, deberá realizar lavado quirúrgico de manos y deberá vestirse con gorro, mascarilla, guantes y bata estéril. La realización de la técnica deberá ser siempre y en todo momento estéril. Los equipos de ETI (Equipo de Terapia Intravenosa) antes mencionados se apoyarán en un monitor para vigilar las constantes y ECG del paciente, muchos equipos ETI en la actualidad también están equipados de un ecógrafo como acompañamiento para la realización de una mejor técnica.

Cuidados de enfermería:

El personal de enfermería es el responsable de la inserción de PICC y del mantenimiento del mismo. Es muy importante una buena formación de la enfermera en el manejo de los PICC para evitar infecciones por mala manipulación.

La primera y más importante medida para evitar infecciones en la manipulación, es el correcto aseo de manos quirúrgico, antes de realizar la manipulación y después. Deberá hacerse estéril. En la manipulación, se deberá desinfectar las llaves y luces del PICC con clorhexidina al 2%, el número de llaves deberá de ser el menor posible. Se deberá realizar un lavado del PICC con SF 0,9% antes y después de su utilización como puede ser la administración de fármacos o extracciones de sangre, además habrá que tener en cuenta la heparinización del catéter en función del tratamiento del paciente.

Las curas de los PICC deberán realizarse al menos una vez a la semana, si es necesario antes. Los restos hemáticos se limpiarán con SF 0,9% y posteriormente aplicaremos en antiséptico, las guías recomiendan clorhexidina alcohólica para su correcta desinfección. Una vez realizada la cura se procederá a colocar el apósito, recomendable utilizar apósitos transparentes, semipermeables y por supuesto estériles.

Complicaciones, durante su colocación las complicaciones que debemos de tener en cuenta son, extrasístoles o arritmias, desencadenadas al introducir la guía. Lo habitual es que se resuelvan de manera espontánea al retirar la guía. Sangrado o hematoma, se resuelven al comprimir la zona. Embolia gaseosa, para evitarlo se deberá purgar bien todo el catéter y realizar la punción en posición Trendelenburg. Lesiones nerviosas, por punción directa de un nervio o compresión de un hematoma.

La infección, es la más frecuente y está relacionada con la manipulación y el tiempo de uso. Incidencia del 20% al 60% y llega a producir bacteriemia en el 10% de los casos.

Otras complicaciones son las flebitis por el roce del catéter con la pared de la vena. Químicas por la administración de infusiones vesicantes, bacterianas, trombosis, obstrucción, desplazamiento accidental del catéter o rotura del catéter.

CONCLUSIONES

El sistema PICC nos permite hoy en día grandes ventajas como puede ser una técnica menos invasiva y con menos riesgo y complicaciones, mucho más sencillo de retirar que otros sistemas como el Port a Cath. Los PICC producen menor incidencia de infección que los CVC. Las complicaciones dadas de su utilización son más sencillas de resolver ya que la mayoría pueden solucionarse con una simple retirada del mismo. Hoy en día el mejor sistema para tratamientos de larga duración como pueden ser ciclos de quimioterapia. No hemos encontrado estudios económicos pero sí hay indicios que el coste total de vida útil de los PICC es menor que el de otros sistemas.

BIBLIOGRAFÍA: Google Académico y revistas científicas como pueden ser Medline, Pubmed, y Scielo.

Resumen: Los distintos sistemas para terapias intravenosas han evolucionado constantemente a lo largo de la historia, 4000 A.C, en el Neolítico hay constancia de la utilización de copas de succión y sanguijuelas para realizar flebotomías. En España en 2006 se crea en primer Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Las enfermeras son las protagonistas en la realización de este tipo de técnicas y formación de dichos ETIs.

En esta revisión bibliográfica nos centraremos en buscar PICC para conocer sus indicaciones, técnica para su canalización, cuidados y tiempo de vida útil para tratamientos de larga duración.

Palabras Clave: PICC enfermería, Catéter central de inserción periférica, Indicaciones PICC.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los distintos sistemas para terapias intravenosas han evolucionado constantemente a lo largo de la historia, 4000 A.C, en el Neolítico hay constancia de la utilización de copas de succión y sanguijuelas para realizar flebotomías.

En los años 30 aparecieron los primeros sistemas plásticos y en 1945 se realiza la canalización del primer CVC. En los años 50 y 60 el primer sistema desechable fabricado con PVC. En 1970 la enfermera Ada Plumer publica Principios y práctica de la terapia intravenosa, considerada la Biblia de la terapia IV.

En España en 2006 se crea en primer Equipo de Terapia Intravenosa (ETI) en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Las enfermeras son las protagonistas en la realización de este tipo de técnicas y formación de dichos ETIs.

El PICC, catéter de acceso venoso central, esta sustituyendo a las Vías Centrales y su utilización se esta poco a poco implantando para tratamientos ambulatorios de larga duración, como los ciclos quimioterápicos, sustituyendo a los Port a Cath.

Objetivo:

En esta revisión bibliográfica nos centraremos en buscar artículos y trabajos sobre los PICC para conocer sus indicaciones, técnica para su canalización, cuidados y complicaciones con respecto a otros sistemas.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda de información de artículos para recopilar los datos necesarios consultado distintas bases de datos de artículos como Google Académico y revistas científicas como pueden ser Medline, Pubmed, y Scielo.

Resultados:

Un PICC es un catéter central de inserción periférica cuya punta se situará en el tercio inferior de la vena cava superior a 2 cm de la unión atrio-caval, su canalización se realizará en condiciones máximas de esterilidad. La primera opción de para su inserción será la vena basílica del brazo derecho. Encontramos dos tipos de materiales en los PICC:

1.- Poliuretano, para tratamientos de duración corta e intermedia.

2.- Silicona, para tratamientos de larga duración. Este tipo de PICC no es compatible para la administración de contrastes.

Además de los distintos materiales podemos encontrar en el mercado también PICC de una, dos o tres luces.

Las posibles indicaciones del PICC son tratamientos intravenosos, nutrición parenteral, administración de citostáticos, hemoderivados, extracción de sangre y mediciones de presión venosa central.

La enfermera responsable de realizar la técnica de inserción del PICC, deberá realizar lavado quirúrgico de manos y deberá vestirse con gorro, mascarilla, guantes y bata estéril. La realización de la técnica deberá ser siempre y en todo momento estéril. Los equipos de ETI (Equipo de Terapia Intravenosa) antes mencionados se apoyarán en un monitor para vigilar las constantes y ECG del paciente, muchos equipos ETI en la actualidad también están equipados de un ecógrafo como acompañamiento para la realización de una mejor técnica.

Cuidados de enfermería:

El personal de enfermería es el responsable de la inserción de PICC y del mantenimiento del mismo. Es muy importante una buena formación enfermera en el manejo de los PICC para evitar infecciones por mala manipulación.

La primera y más importante medida para evitar infecciones en la manipulación. es el correcto aseo de manos quirúrgico, antes de realizar la manipulación y después. Deberá hacerse estéril. En la manipulación, se deberá desinfectar las llaves y luces del PICC con clorhexidina al 2%, el número de llaves deberá de ser el menor posible. Se deberá realizar un lavado del PICC con SF 0,9% antes y después de su utilización como puede ser la administración de fármacos o extracciones de sangre, además habrá que tener en cuenta la heparinización del catéter en función del tratamiento del paciente.

Las curas de los PICC deberán realizarse al menos una vez a la semana, si es necesario antes. Los restos hemáticos se limpiarán con SF 0,9% y posteriormente aplicaremos en antiséptico, las guías recomiendan clorhexidina alcohólica para su correcta desinfección. Una vez realizará la cura se procederá a colocar el apósito, recomendable utilizar apósitos transparentes, semipermeables y por supuesto estériles.

Complicaciones, durante su colocación las complicaciones que debemos de tener en cuenta son, extrasístoles o arritmias, desencadenadas al introducir la guía. Lo habitual es que se resuelvan de manera espontánea al retirar la guía. Sangrado o hematoma, se resuelven al comprimir la zona. Embolia gaseosa, para evitarlo se deberá purgar bien todo el catéter y realizar la punción en posición Trendelenburg. Lesiones nerviosas, por punción directa de un nervio o compresión de un hematoma.

La infección, es la más frecuente y está relacionada con la manipulación y el tiempo de uso. Incidencia del 20% al 60% y llega a producir bacteriemia en el 10% de los casos.

Otras complicaciones son las flebitis por el roce del catéter con la pared de la vena. Químicas por la administración de infusiones vesicantes, bacterianas, trombosis, obstrucción, desplazamiento accidental del catéter o rotura del catéter.

Conclusiones:

El sistema PICC nos permite hoy en día grandes ventajas como puede ser una técnica menos invasiva y con menos riesgo y complicaciones, mucho más sencillo de retirar que otros sistemas como el Port a Cath. Los PiCC producen menor incidencia de infección que los CVC. Las complicaciones dadas de su utilización son más sencillas de resolver ya que la mayoría pueden solucionarse con una simple retirada del mismo. Hoy en día el mejor sistema para tratamientos de larga duración como pueden ser ciclos de quimioterapia. No hemos encontrado estudios económicos, pero si hay indicios que el coste total de vida útil de los PICC es menor que el de otros sistemas.

Bibliografía

1.- Macías MN, Zorrilla ME, Martín MA. Técnica de inserción de un Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC). Revista Enfermería Docente. 2015; enero-junio (103): 25-32.

2.- Marzán-Garay IP, Azolas-Páez AC, Mosqueda-Díaz A. Beneficios y complicaciones del catéter venoso central de instalación periférica en cuidados intensivos adultos. Benessere

3.- Smith SF, Duell DJ, Martin BC, Gonzalez L, Aebersold M. Central vascular access devices. In: Smith SF, Duell DJ, Martin BC, Gonzalez L, Aebersold M, eds. Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills. 9th ed. New York, NY: Pearson; 2016:chap 29

4.- Gold HS, LaSalvia MT. Outpatient parenteral antimicrobial therapy. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 53.

5.- Beekman SE, Henderson DK. Infections caused by percutaneous intravascular devices. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 300.

Capítulo 151

Pagiocefalia postural ¿Qué podemos hacer desde la consulta de enfermería pediátrica?

*Camacho Sánchez, Beatriz
Carretero Elvira, Laura
Carrillo Palomo, Concepcion*

PLAGIOCEFALIA POSTURAL

¿Qué podemos hacer desde la consulta de enfermería pediátrica?

SATSE

Autores: Camacho Sánchez, Beatriz; Carretero Elvira, Laura; Carrillo Palomo, Concepción.

Introducción

La plagiocefalia posicional consiste en el aplanamiento occipital (unilateral o bilateral) de la cabeza del lactante debido a la fuerza ejercida de una superficie plana de descanso durante tiempos prolongados. Se produce en los primeros meses de vida y entre sus factores de riesgo encontramos parto de gestante primipara o parto instrumental, malformaciones congénitas, embarazo gemelar, prematuridad, tortícolis muscular congénita y el decúbito supino durante grandes periodos de tiempo.

En los últimos años se ha visto incrementada su incidencia en relación con las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) para evitar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). En 1992, formuló unas recomendaciones generales para su prevención con la campaña "Back to Sleep", entre ellas colocar a los recién nacidos en posición supina para dormir. La incidencia del SMSL ha disminuido un 40% con dichas recomendaciones, pero, sin embargo, se ha incrementado la prevalencia de la plagiocefalia posicional de un 0,3% a un 48%.

El tratamiento de la plagiocefalia postural consiste en una serie de medidas que deben ser escalonadas y adecuarse a la evolución y gravedad del problema: medidas posturales y de rehabilitación, técnicas de ortesis craneal (*casco*) y la reconstrucción quirúrgica en último lugar, que es excepcional.

Observación clínica

Lucía de 6 semanas de vida, acude a consulta de enfermería pediátrica para administrar 1ª dosis de vacuna de rotavirus.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas(17/11/2021).
- Embarazo bien controlado. Primipara. Parto eutócico.
- Peso al nacer: 2.960g. Peso al alta: 2.780g(19/11/2021).
- Apgar al nacimiento: 9/10.
- Inicia Lactancia Materna en paritorio.
- No otros datos de interés.

Al desnudar a la niña para control de peso, **observamos tortícolis** que no se había objetivado en anteriores revisiones. Observamos también plagiocefalia incipiente por apoyo de la cabeza siempre hacia el mismo lado, debido a la limitación causada por la tortícolis.

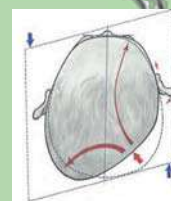
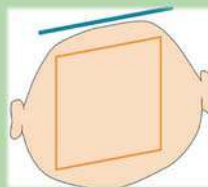
Al observar la toma en consulta, la mamá nos comenta que siempre está mirando hacia el mismo lado, que tiene dificultad para girar la cabeza al lado contrario.

Al mamar vemos que solo quiere hacerlo de un pecho.

Realizamos exploración y observamos que existen asimetrías craneales visibles (aplanamiento en la región occipital).

La **plagiocefalia posicional** puede ser diagnosticada rápida y fácilmente, observando la forma de la cabeza. Se debe mirar la cabeza desde el vértex. Desde este punto se aprecian bien los aplanamientos occipitales así como la posición de los pabellones auriculares y la asimetría de la facies especialmente la protrusión de la región frontal ipsilateral al aplanamiento occipital. En la plagiocefalia nos encontramos con cráneo en **forma de paralelogramo**. El diagnóstico es clínico.

Podemos observar: aplanamiento en la región occipital, abombamiento del frontal y maxilar del mismo lado, asimetría en las orejas estando más adelantada y descendida la del lado de la lesión y abombamiento occipital contrario).



Plan de cuidados enfermero

NANDA	NOC	NIC
00085 Deterioro de la movilidad física r/c tortícolis m/p hipertonia y dificultad para girar la cabeza al lado contrario	1705 Orientación sobre la salud 0212 Movimiento coordinado	5612 Enseñanza del ejercicio prescrito -Enseñar a los padres las recomendaciones para evitar/reducir plagiocefalia -Enseñar ejercicios para tortícolis -Informar acerca de los dispositivos de ayuda -Remitir al paciente a un centro de rehabilitación, si se precisa.
00164 Disposición para mejorar el rol parental r/c deseo de la madre de continuar con los cuidados indicados.	1819 Conocimiento: cuidados del Lactante 2900 Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño	7040 Apoyo al cuidador principal -Determinar el nivel de conocimientos del cuidador -Proporcionar información del estado del paciente [5656] Enseñanza: estimulación del lactante -Enseñar a los progenitores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial. -Enseñar a los progenitores a poner al lactante boca abajo o boca arriba

El tratamiento de la plagiocefalia es conservador en la mayoría de los casos.

Establecido el diagnóstico de plagiocefalia postural se adiestrará a la familia en la aplicación de las maniobras posturales (**posicionamiento activo**) y de estiramiento muscular en caso de tortícolis.

Ejercicios de estiramiento del cuello ("mentón a hombro" (figura 1) u "oreja a hombro" (figura 2)



Medidas de Prevención Primaria en niño Sin Plagiocefalia

- **Durante el sueño, en decúbito supino:**
-Cambios posturales cefálicos, que incluyan rotación derecha, izquierda y posición intermedia; cambios periódicos de la orientación de la cuna
- Cuando el **niño está despierto** por el día:
-Tiempo de juego (tummy time): Dejar al niño boca abajo sobre una superficie firme, media hora por la mañana y media hora por la tarde, siempre que el niño esté despierto y bajo supervisión (además mejorará su desarrollo motor).
-Evitar superficies duras, con cabezal muy ajustado periodos prolongados, como las sillas de coches.
-Proporcionar estímulos y juegos por ambos lados que incentiven posturas y movimientos activos del cuello de forma simétrica.

Medidas de prevención secundaria en niños CON PLAGIOCEFALIA

- **Durante el sueño, en decúbito supino:**
-Acostar al niño apoyando en el colchón la parte redondeada y mantenerlo en esta posición el máximo tiempo posible.
-Cambios de posición lateral de la cabeza (que cada vez esté la nariz hacia un lado) mientras el niño duerme, con ayuda de la inclinación del colchón.
- **Niño despierto y bajo supervisión:**
-Colocarlo boca abajo al menos unos 30-60 minutos diarios, pero vigilando que esté siempre despierto.
-Cambiar la posición de la cuna de manera que el bebé tenga que rotar la cabeza hacia el lado contrario de la parte aplanada de la cabeza cuando intente mirar a los padres o a lo que le pueda llamar la atención dentro de la habitación.
-Tener con frecuencia al niño en brazos. Porteo.
-Tratamiento de tortícolis con adecuados ejercicios de estiramiento del cuello.

Discusión

A la semana se cita a la familia para comprobar la aplicación de las medidas rehabilitadoras y reforzar la confianza de los padres en la efectividad de las mismas y en su habilidad para realizarlas. Los ejercicios físicos y las medidas posturales son suficientes en la mayoría de los casos.

Después se realizará un control mensual.

Son criterios de derivación al especialista las formas graves y los mayores de 4 meses con formas leves/moderadas con empeoramiento a pesar de reposicionamiento y fisioterapia.

De la campaña conocida como "Back to Sleep" en la cual se recomendaba que los neonatos durmieran boca arriba para evitar el SMSL, ha surgido un nuevo plan llamado "Tummy to Play" y que consiste en poner a los lactantes tiempo boca abajo durante las horas de actividad con el objetivo de reducir la incidencia de las consecuencias de dormir boca arriba, ya que la ausencia del tiempo boca abajo se relaciona con deformidades craneales adquiridas, tortícolis muscular y retraso en el desarrollo motor.

Conclusiones

Es fundamental explicar a los padres que los neonatos deben **dormir en decúbito supino** para evitar el SMSL. Sin embargo, estas recomendaciones han incrementado notablemente la prevalencia de plagiocefalia posicional y se debe educar en medidas para su prevención respetando el decúbito supino para dormir.

La enfermera pediátrica tiene una posición privilegiada para la detección precoz tanto de la tortícolis como de la plagiocefalia, así como la prevención de la misma mediante la educación parental; y en caso necesario, valorar la derivación a programas de Atención Temprana u otros servicios especializados.

Resumen: *Plagiocefalia posicional: aplanamiento occipital de la cabeza del lactante debido a la fuerza ejercida de una superficie plana de descanso durante tiempos prolongados.*

En los últimos años ha incrementado su incidencia en relación con las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría para evitar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

Tratamiento escalonado y adecuado a la evolución y gravedad del problema: medidas posturales y de rehabilitación, técnicas de ortesis craneal (casco) y la reconstrucción quirúrgica en último lugar, que es excepcional.

Es primordial la prevención desde el nacimiento a través de la educación parental por enfermería pediátrica.

Palabras Clave: *Plagiocefalia, Educación en salud, Prevención*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La plagiocefalia posicional: aplanamiento occipital de la cabeza del lactante debido a la fuerza ejercida de una superficie plana de descanso durante tiempos prolongados.

En los últimos años ha incrementado su incidencia en relación con las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría para evitar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

El tratamiento debe ser escalonado y adecuado a la evolución y gravedad del problema: medidas posturales y de rehabilitación, técnicas de ortesis craneal (casco) y la reconstrucción quirúrgica en último lugar, que es excepcional

Observación Clínica:

Lucía de 6 semanas de vida, acude a consulta de enfermería pediátrica para administrar 1ª dosis de vacuna de rotavirus.

- AP: nacimiento a las 39+3 semanas
- Embarazo bien controlado. Primípara. Parto eutócico.
- Apgar al nacimiento: 9/10.
- No otros datos de interés.

Al desnudar a la niña para control de peso, observamos tortícolis que no se había objetivado en anteriores revisiones. Observamos también plagiocefalia incipiente por apoyo de la cabeza siempre hacia el mismo lado, debido a la limitación causada por el tortícolis.

La mamá comenta que siempre está mirando hacia el mismo lado con dificultad para girar la cabeza al lado contrario.

Realizamos exploración y observamos que existen asimetrías craneales visibles (aplanamiento en la región occipital).

La **plagiocefalia posicional** puede ser diagnosticada rápida y fácilmente, observando la forma de la cabeza. Se debe mirar la cabeza desde el vértex. Se aprecian bien los aplanamientos occipitales así como la posición de los pabellones auriculares y la asimetría de la facies especialmente la protrusión de la región frontal ipsilateral al aplanamiento occipital.

En la plagiocefalia nos encontramos con cráneo en **forma de paralelogramo**. El diagnóstico es clínico.

Podemos observar: aplanamiento en la región occipital, abombamiento del frontal y maxilar del mismo lado, asimetría en las orejas estando más adelantada y descendida la del lado de la lesión y abombamiento occipital contrario).

Plan de Cuidados:

Nanda: **00085 Deterioro de la movilidad Física** r/c tortícolis m/p hipertonia y dificultad para girar la cabeza al lado contrario

NOC: 1705 Orientación sobre la salud y 0212 Movimiento coordinado

NIC: 5612 Enseñanza del ejercicio prescrito

NANDA 00164 Disposición para mejorar el rol parental r/c deseo de la madre de continuar con los cuidados indicados.

NOC: 1819 Conocimiento: cuidados del Lactante y **2900 Desempeño del rol de padres:** seguridad física del lactante y del niño pequeño

NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal y 5656 Enseñanza: estimulación del lactante

El tratamiento de la plagiocefalia es conservador en la mayoría de los casos.

Establecido el diagnóstico de plagiocefalia postural se adiestrará a la familia en la aplicación de las maniobras posturales (posicionamiento activo) y de estiramiento muscular en caso de tortícolis

Medidas de Prevención Primaria en niño Sin Plagiocefalia

- Durante el sueño en decúbito supino:

-Cambios posturales cefálicos, que incluyan rotación derecha, izquierda y posición intermedia; cambios periódicos de la orientación de la cuna

- Cuando el niño está despierto por el día:

-Tiempo de juego (tummy time): Dejar al niño boca abajo sobre una superficie firme, media hora por la mañana y media hora por la tarde, siempre que el niño esté despierto y bajo supervisión.

-Evitar superficies duras, con cabezal muy ajustado periodos prolongados, como las sillas de coches.

-Proporcionar estímulos y juegos por ambos lados que incentiven posturas y movimientos activos del cuello de forma simétrica.

Medidas de prevención secundaria en niños CON PLAGIOCEFALIA

- Durante el sueño, en decúbito supino:

- Acostar al niño apoyando en el colchón la parte redondeada y mantenerlo en esta posición el máximo tiempo posible.

-Cambios de posición lateral de la cabeza (que cada vez esté la nariz hacia un lado) mientras el niño duerme.

- Niño despierto y bajo supervisión:

- Colocar boca abajo al menos unos 30-60 minutos diarios, pero vigilando que esté siempre despierto.

- Cambiar la posición de la cuna de manera que el bebé tenga que rotar la cabeza hacia el lado contrario de la parte aplanada de la cabeza.

- Tener con frecuencia al niño en brazos. Porteo.

- Tratamiento de tortícolis con adecuados ejercicios de estiramiento del cuello.

Discusión:

A la semana se cita a la familia para comprobar la aplicación de las medidas rehabilitadoras y reforzar la confianza de los padres en la efectividad de las mismas y en su habilidad para realizarlas. Los ejercicios físicos y las medidas posturales son suficientes en la mayoría de los casos.

Después se realizará un control mensual.

Son criterios de derivación al especialista las formas graves y los mayores de 4 meses con formas leves/moderadas con empeoramiento a pesar de reposicionamiento y fisioterapia.

De la campaña “Back to Sleep” (dormir boca arriba para evitar el SMSL), ha surgido un nuevo plan llamado “Tummy to Play” (poner a los lactantes tiempo boca abajo durante las horas de actividad), ya que la ausencia del tiempo boca abajo se relaciona con deformidades craneales adquiridas, tortícolis muscular y retraso en el desarrollo motor.

Conclusiones:

Es fundamental explicar a los padres que los neonatos deben dormir en decúbito supino para evitar el SMSL. Sin embargo, estas recomendaciones han incrementado la prevalencia de plagiocefalia posicional y se debe educar en medidas para su prevención respetando el decúbito supino para dormir.

La enfermera pediátrica tiene una posición privilegiada para la detección precoz tanto de la tortícolis como de la plagiocefalia, así como la prevención de la misma mediante la educación parental; y en caso necesario, valorar la derivación a programas de Atención Temprana u otros servicios especializados.

Bibliografía

1.- Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Plagiocefalia posicional: nuevas recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Asociación Española de Pediatría. 2013

2.- Bosch i Hugas J, Costa i Clara JM. La plagiocefalia posicional: una labor de Primaria. Pautas de diagnóstico, prevención, seguimiento y derivación desde Atención Primaria. Monografía 2017. Sjdhospitalbarcelona.org. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/u1/Para_profesionales/Programas_otros_centros/2017-monografia-plagiocefalia-es-hospital-sant-joan-deu-barcelona.pdf

3.- Plagiocefalia postural: diagnóstico y tratamiento [Internet]. Aeped.es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/plagiocefalia-diagnostico-tratamiento>

Capítulo 152

Plasmaféresis realizadas durante el Periodo de 2020 y 2021 de Pacientes Convalecientes de COVID–19 como potencial Tratamiento a dicha enfermedad

*Sobrino Lorente, María del Pilar
Carrero Maldonado, Silvia
Villaseñor Martín-Portugués, Cristina
De Haro Moya, Estela*

PLASMAFÉRESIS REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE 2020 Y 2021 DE PACIENTES CONVALECIENTES DE COVID-19 COMO POTENCIAL TRATAMIENTO A DICHA ENFERMEDAD

AUTORES: Sobrino Lorente, María del Pilar, Carrero Maldonado, Silvia Villaseñor Martín-Portugués, Cristina; De Haro Moya, Estela.

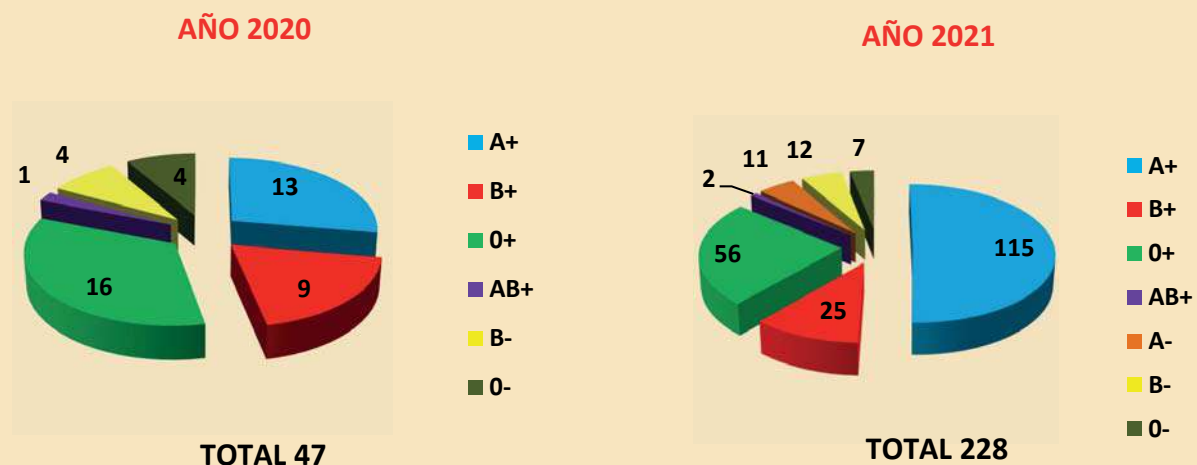
INTRODUCCIÓN: La Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) causada por la infección de la nueva variante (SARS-CoV-2) ha creado una Pandemia que ha llevado a una lucha mundial para hacer frente a la gran cantidad de personas infectadas, muchas de las cuales requieren Cuidados Intensivos. Durante los años 2020 y 2021 comenzaron Ensayos Clínicos en diversos hospitales (incluido nuestro Hospital) e interrelacionados entre ellos, en el que se estudiaron la eficacia y seguridad del plasma procedente de pacientes curados de la infección por COVID-19 en el tratamiento de pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19.

El tratamiento con plasma de convalecientes puede administrarse a personas que están hospitalizadas con COVID-19 y están en las primeras etapas de la enfermedad o tienen un sistema inmunitario debilitado. El plasma de convalecientes ofrecía la posibilidad de convertirse en una opción de tratamiento prometedora inmediata mientras se evaluaban los medicamentos existentes, se desarrollaban nuevas vacunas y terapias específicas.

OBJETIVOS: Hemos establecido como Objetivo de este Estudio de Investigación, la cantidad de Donaciones de Plasma (Plasmaféresis), encaminados para los Ensayos Clínicos, de personas convalecientes de COVID-19 en el Hospital de Ciudad Real durante los años 2020 y 2021.

METODOLOGÍA. MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las donaciones de Plasma de pacientes convalecientes de COVID-19 obtenidas en el Hospital de Ciudad Real. Los criterios para la selección de donantes de plasma son: varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, con un peso igual o superior a los cincuenta kilos, que lleven catorce días asintomáticos tras el diagnóstico de COVID-19, con buen estado de salud y no tener antecedentes de haber recibido transfusión de sangre. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre "e-Delphin". Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

RESULTADOS:



CONCLUSIÓN. A la vista de los resultados obtenidos, observamos que las donaciones de Plasma de pacientes convalecientes de COVID-19 durante los años de la Pandemia (2020,2021), como tratamiento de pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19, fueron significativas sobretudo en el año 2021, cuyo número sobrepasaron las expectativas y dado que las donaciones de plasma conllevan un proceso más elaborado que una donación de sangre normal. También es muy significativo el altruismo de estos pacientes dados los criterios de selección tan específicos.

Los resultados de los Ensayos Clínicos sobre las donaciones de plasma de pacientes convalecientes de COVID-19, los desconocemos y a nivel de bibliografía específica no hemos encontrado estudios que hayan plasmado unos resultados positivos o negativos de una hipotética mejoría de pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19.

Resumen: *Tras los primeros meses de pandemia, se empezaron a hacer plasmaféresis con el fin de tratar o paliar síntomas en pacientes agudos de SARS-CoV-2. Hemos querido investigar la cantidad de dichas plasmaféresis durante los años 2020 y 2021 destinadas a esta actividad.*

Palabras Clave: *Plasmaféresis, Hemoderivados, Transfusión.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) causada por la infección de la nueva variante (SARS-CoV-2) ha creado una Pandemia que ha llevado a una lucha mundial para hacer frente a la gran cantidad de personas infectadas, muchas de las cuales requieren Cuidados Intensivos. Durante los años 2020 y 2021 comenzaron Ensayos Clínicos en diversos hospitales (incluido nuestro Hospital) e interrelacionados entre ellos, en el que se estudiaron la eficacia y seguridad del plasma procedente de pacientes curados de la infección por COVID-19 en el tratamiento de pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19.

El tratamiento con plasma de convalecientes puede administrarse a personas que están hospitalizadas con COVID-19 y están en las primeras etapas de la enfermedad o tienen un sistema inmunitario debilitado. El plasma de convalecientes ofrecía la posibilidad de convertirse en una opción de tratamiento prometedora inmediata mientras se evaluaban los medicamentos existentes, se desarrollaban nuevas vacunas y terapias específicas.

Objetivos:

Hemos establecido como Objetivo de este Estudio de Investigación, la cantidad de Donaciones de Plasma (Plasmaféresis), encaminados para los Ensayos Clínicos, de personas convalecientes de COVID-19 en el Hospital de Ciudad Real durante los años 2020 y 2021.

Material y Método:

Hemos realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo de las donaciones de Plasma de pacientes convalecientes de COVID-19 obtenidas en el Hospital de Ciudad Real. Los criterios para la selección de donantes de plasma son: varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, con un peso igual o superior a los cincuenta kilos, que lleven catorce días asintomáticos tras el diagnóstico de COVID-19, con buen estado de salud y no tener antecedentes de haber recibido transfusión de sangre. Los datos han sido recogidos y estudiados de la Base de Datos del Programa Informático de Gestión de Banco de Sangre “e-Delphin”. Igualmente hemos utilizado el Programa Microsoft Office con sus diferentes aplicaciones como herramienta ofimática para gráficos y diagramas.

Conclusiones:

A la vista de los resultados obtenidos, observamos que las donaciones de Plasma de pacientes convalecientes de COVID-19 durante los años de la Pandemia (2020,2021), como tratamiento de

pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19, fueron significativas sobre todo en el año 2021, cuyo número sobrepasaron las expectativas y dado que las donaciones de plasma conllevan un proceso más elaborado que una donación de sangre normal. También es muy significativo el altruismo de estos pacientes dados los criterios de selección tan específicos.

Los resultados de los Ensayos Clínicos sobre las donaciones de plasma de pacientes convalecientes de COVID-19, los desconocemos y a nivel de bibliografía específica no hemos encontrado estudios que hayan plasmado unos resultados positivos o negativos de una hipotética mejoría de pacientes hospitalizados en fase aguda de la enfermedad COVID-19.

Bibliografía

1.- Programa e- Delphin del servicio de transfusiones del HUGCR, Plan estratégico de seguridad del paciente. SESCAM.

2.- Información de interés para el donante de sangre. Enfermedad por coronavirus COVID-19. Centro de Hemodonación. Consejería de Salud de la Región de Murcia. [<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=459072>]

3.- European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID- 19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm;

Capítulo 153

Potasio en Hemodiálisis

*Pérez Trenado, M^a del Prado
Del Hoyo Serrano, M^a Jesús
Monescillo Ruedas, Alejandra
Gómez Espinosa, Amparo*

POTASIO EN HEMODIÁLISIS

INTRODUCCIÓN

El potasio es un mineral que se encuentra en muchos de los alimentos que ingerimos diariamente en nuestra dieta.

La alimentación en diálisis requiere disminuir el consumo de ciertos alimentos y líquidos. En este caso, no centraremos en el POTASIO. Tanto el aumento como la disminución de potasio en un paciente en diálisis puede provocar alteraciones a nivel cardíaco.

El nivel normal de POTASIO en sangre es de 3,5-5 mEq/L.

El control de potasio a través de la dieta es de suma importancia para la calidad de vida del paciente, ya que, niveles elevados de estos solutos pueden llevar al paciente a complicaciones tales como la aparición de arritmias cardíacas o la calcificación vascular.

OBJETIVO

1. Conocer la importancia de la dieta los pacientes en diálisis y como preparar los alimentos para que se ajusten a las recomendaciones dietéticas.
2. Conocer las complicaciones que puede provocar tanto el exceso o déficit de potasio, en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica. Se han revisado artículos en plataformas de Google académico, libros, SEN (Sociedad Española de Nefrología); como palabras clave tenemos, "hemodiálisis", "alimentación", "potasio", "educación para la salud", "ingesta recomendada"

RESULTADOS

Las recomendaciones para el adulto sano son 4700 mg/día, siendo considerados requerimientos mínimos 1600-2000 mg.

La hiperpotasemia ($K > 5,5 \text{ mEq/L}$) es una complicación importante en los pacientes en diálisis. Representa el 3-5% de las muertes en diálisis, y una de cada cuatro son emergencias en HD. En pacientes con ERCA y diuresis elevada, el desarrollo de hiperpotasemia es raro.

CONSEJOS PARA COCINAR Y DISMINUIR EL NIVEL DE POTASIO DE LOS ALIMENTOS

- Los alimentos cocinados al horno o al vapor NO pierden potasio.
- El potasio se elimina en el agua, por ello, se puede hacer en remojo o doble cocción para disminuirlo.
 - Remojo: Trocear el alimento lo mas posible, dejarlo en agua durante unas 8 horas cambiando el agua de remojo al menos 2 veces.



- Doble cocción: Hervir el alimento y tirar el agua de cocción. Volver a hervir el alimento y tirar de nuevo el agua de cocción.



- Los alimentos congelados tiene MENOS potasio, pero es recomendable realizar una doble cocción.
- Las conservas tienen MENOS potasio, pero hay que ELIMINAR el líquido que contienen (es donde se encuentra el potasio).
- Es aconsejable cocinar las frutas para así reducir el potasio que contienen. Se pueden tomar hervidas o en almíbar (tirando el jugo), en confitura, mermeladas o compotas. Las frutas asadas en el horno o en el microondas NO PIERDEN potasio.
- La carne, el pescado y las legumbres son una fuente rica en potasio, pero también son ricas en proteínas que son muy importantes para los pacientes en diálisis. Por ello, es recomendable consumirlos siempre y cuando se realicen las técnicas de preparación que hemos explicado anteriormente.

CONCLUSIÓN

La dieta en el paciente renal juega un papel muy importante, ya que al no poder eliminar las toxinas del organismo, como en este caso el exceso de potasio, puede provocar una parada cardiorespiratoria, si este supera los valores recomendados.

Por ello, es fundamental una buena educación sanitaria para que los pacientes incluyan en su rutina diaria una dieta baja en potasio.

	Alto contenido en potasio (prohibidos/consumo)	Contenido medio en potasio	Bajo contenido en potasio
Frutas	albaricoques, plátanos, aguacate, nectarinas, naranjas, peras, ciruelas pasas, dátiles, higos secos, melón, pomelos, kiwi	piña, mandarinas, sandía, manzanas, cerezas, moras, uvas, pomelo, mango, papaya melocotón, ciruelas pasas	limón, peras en conserva, zumo de uva y de papaya, arándanos
Verduras y hortalizas	tomates, espinacas, patatas, espárragos, coles, remolacha	alcachofas, coliflor, calabaza, nabos, hongos, berenjenas, zanahorias, repollo, maíz	lechuga, pimientos, berro, brotes de soja, pepino, alubias, repollo
Miscelánea	frutos secos, salvado de trigo, chocolate, sal dietética		

Autores:

Maria del Prado Pérez Trenado
Alejandra Monescillo Ruedas
Maria Jesús del Hoyo Serrado
Amparo Gómez Espinosa



Resumen: El potasio de la dieta es absorbido dentro del compartimento extracelular, de ahí la importancia de evitar la hiperpotasemia.

La alimentación de diálisis requiere disminuir el consumo de ciertos alimentos y líquidos, en este caso, nos centraremos en el POTASIO, ya que, tanto el aumento como la disminución de potasio en un paciente en diálisis puede provocar alteraciones a nivel cardiaco.

Ayudaremos al paciente a saber identificar que alimentos son los más recomendados y eliminando los más perjudiciales para dicha dieta; también se les dará unos consejos para saber cocinar y disminuir el nivel de potasio de los alimentos.

Palabras Clave: Alimentación, Potasio, Educación para la Salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las recomendaciones para el adulto sano son 4700 mg/día, siendo considerados requerimientos mínimos 1600-2000 mg.

La hiperpotasemia ($K > 5,5 \text{ mEq/L}$) es una complicación importante en los pacientes en diálisis. Representa el 3-5% de las muertes en diálisis, y una de cada cuatro son emergencias en HD. En pacientes con ERCA y diuresis elevada, el desarrollo de hiperpotasemia es raro.

CONSEJOS PARA COCINAR Y DISMINUIR EL POTASIO DE LOS ALIMENTOS

- Los alimentos cocinados al horno o al vapor NO pierden potasio.
- El potasio se elimina en el agua, por ello, se puede hacer en remojo o doble cocción para disminuirlo.

Remojo: Trocear el alimento lo más posible, dejarlo en agua durante unas 8 horas cambiando el agua de remojo al menos 2 veces.

Doble cocción: Hervir el alimento y tirar el agua de cocción. Volver a hervir el alimento y tirar de nuevo el agua de cocción.

- Los alimentos congelados tiene MENOS potasio, pero es recomendable realizar una doble cocción.
- Las conservas tienen MENOS potasio, pero hay que ELIMINAR el líquido que contienen (es donde se encuentra el potasio).
- Es aconsejable cocinar las frutas para así reducir el potasio que contienen. Se pueden tomar hervidas o en almíbar (tirando el jugo), en confitura, mermeladas o compotas. Las frutas asadas en el horno o en el microondas NO PIERDEN potasio.
- La carne, el pescado y las legumbres son una fuente rica en potasio, pero también son ricas en proteínas que son muy importantes para los pacientes en diálisis. Por ello, es recomendable

consumirlos siempre y cuando se realicen las técnicas de preparación que hemos explicado anteriormente.

La dieta en el paciente renal juega un papel muy importante, ya que, al no poder eliminar las toxinas del organismo, como en este caso el exceso de potasio, puede provocar una parada cardiorrespiratoria, si este supera los valores recomendados.

Por ello, es fundamental una buena educación sanitaria para que los pacientes incluyan en su rutina diaria una dieta baja en potasio.

Bibliografía

- 1.- Revista SEDEN
- 2.- Revista Nefrología
- 3.- www.kidney.org/es/atoz/content/potassium
- 4.- Imágenes Google

Capítulo 154

Prevención de la Depresión en el Anciano desde la Consulta de Enfermería de Atención Primaria.

*Eiranova Diez, Blanca
Eiranova Diez, Paloma
Marcos Gómez, Cristina*

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

SATSE

Blanca Eiranova Díez. Enfermera CAULE. León
Paloma Eiranova Díez. Enfermera Centro de Salud de La Bañeza. León.
Cristina Marcos Gómez, Enfermera CAULE, León.

XIII CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN:

UNO DE LOS PROBLEMAS EN EL ANCIANO ES EL RIESGO DE DEPRESIÓN LIGADO AL ENVEJECIMIENTO QUE DETERMINA SU INDEPENDENCIA Y LIBERTAD DE ACCIÓN, CON UNA SERIE DE CONSECUENCIAS INDIVIDUALES QUE PRODUCEN UN DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO E INCLUSIVE ES MOTIVO DE INSTITUCIONALIZACIÓN. LA ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN: FACTORES INTRÍNSECOS, EXTRÍNSECOS Y SITUACIONALES.

OBJETIVO:

PROMOCIONAR EL AUTOCUIDADO PARA MANTENER LA ACTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD CEREBRAL PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN Y EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ANCIANO DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

METODOLOGÍA:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN LAS BASES DE DATOS DE LA WEB OF SCIENCE (WOS), CON ACCESO A TRAVÉS DE FECYT, Y LA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN (ULE). SE HA REALIZADO UNA INVESTIGACIÓN DE ARTÍCULOS Y DISTINTOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN LAS REVISTAS SEGÚN EL IMPACTO EN JOURNAL CITATION REPORTS (JCR), Y SCOPUS COMO BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICA DE CITAS Y REFERENCIAS.

DENTRO DE LAS BASES DE DATOS CONSULTADAS ESTÁN CUIDEN, DE LA FUNDACIÓN INDEX DE CONTENIDO CIENTÍFICO ENFERMERO, TAMBIÉN CONSULTADAS EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA BASES COMO SCIELO, MEDLINE, IBECs, FISTERRA, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, LAS GUÍAS ASISTENCIALES DEL PORTAL DE SALUD DE GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LEÓN (GAPLE) Y GOOGLE SCHOLAR O ACADÉMICO.

PALABRAS CLAVE:

KEY WORDS: , DEPRESSION, AGING, RISK FACTORS, EPIDEMIOLOGY

PALABRAS CLAVE: , DEPRESION, ENVEJECIMIENTO, FACTORES DE RIESGO, EPIDEMIOLOGÍA.

RESULTADOS:

LA MORBILIDAD DEPRESIVA EN EL ANCIANO ALCANZA 15% APROXIMADAMENTE, LA PROBABILIDAD AUMENTA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, HOSPITALIZADOS O PLURIPATOLÓGICOS PUES AUMENTA LA SENSACIÓN DE AISLAMIENTO, SENTIMIENTOS DE BAJA AUTOESTIMA, PERDIDA DE AUTONOMÍA Y DE INTIMIDAD, ALEJADO DE SU ENTORNO VITAL ADAPTÁNDOSE FORZOSAMENTE AL NUEVO MEDIO.

MEDIANTE LA PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO, FOMENTANDO HÁBITOS SALUDABLES QUE MANTENGAN LA MOVILIDAD, LA ACTIVIDAD Y LA FUNCIONALIDAD CEREBRAL SE MINIMIZA EL RIESGO DE DEPRESIÓN EN EL ANCIANO, ES FUNDAMENTAL ADECUARSE A LAS NECESIDADES DEL ANCIANO.

CONCLUSIONES:

HAY CAUSAS DE DEPRESIÓN EN EL ANCIANO UNIDAS AL ENVEJECIMIENTO Y DIFÍCILMENTE SE PUEDEN MODIFICAR, HAY OTRAS QUE PUEDEN SER CORREGIBLES. LA MEJOR MEDIDA PREVENTIVA ES MANTENER EL GRADO DE MOVILIDAD Y ACTIVAR LA MEMORIA JUNTO CON EL MANTENIMIENTO DE LA COGNICIÓN, PROCURAR QUE EL ANCIANO LLEVE UN TIPO DE VIDA AUTÓNOMA FOMENTANDO LA REALIZACIÓN REGULAR DE LAS TAREAS DE LA VIDA DIARIA A SU PROPIO RITMO. EVITAR LA SOBREPROTECCIÓN FAMILIAR O DE CUIDADORES, AUNQUE A LA VEZ DEBE ESTAR APOYADO POR SU ENTORNO. LA IMPORTANCIA DE PARTICIPAR EN EL CUIDADO DE LA PROPIA SALUD, SOCIABILIZAR, SENTIRSE ÚTIL Y AUTÓNOMO EN EL DÍA A DÍA, ES FUNDAMENTAL PARA LOGRAR COMPORTAMIENTOS EFICACES TANTO EN LA SALUD FÍSICA COMO EMOCIONAL TAN INTIMAMENTE LIGADAS.

ES NECESARIO PROMOVER SERVICIOS ADECUADOS A LAS NECESIDADES DEL ANCIANO, CAMPAÑAS INFORMATIVAS (EDUCACIÓN SANITARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES, ORGANISMOS PÚBLICOS...), TALLERES DONDE SE INVOLUCRA A LA PROPIA CIUDADANÍA, A LA SOCIEDAD Y A LAS INSTITUCIONES PARA MEJORAR LA SALUD COGNITIVA Y EMOCIONAL DE NUESTROS MAYORES EN LA SOCIEDAD ACTUAL, EN LA QUE EN MUCHAS OCASIONES SE LES OLVIDA O INCLUSIVE TRISTEMENTE SE LES IGNORA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Calderón M, Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018;29(3), 182-191.
2. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012;14(1):5-13
3. Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriátria. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
4. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manuál Merck de Geriátria, Segunda Ed. 1990;307-323

Resumen: Actualmente hay una alta proporción de trastornos afectivos en la vejez que no se llegan a diagnosticar o se diagnostican tarde. El alargamiento de la vida lleva a un aumento de la esperanza de vida, con una tasa al alza de ancianos dentro de la población.

La depresión en la vejez tiene varios factores de riesgo asociados como la pérdida de seres queridos, de independencia, de relaciones sociales y familiares, de autoestima, de poder económico y de salud entre otros. En los ancianos estos procesos pueden ser particularmente complicados, pues requieren un tiempo de adaptación que a esta edad disminuye.

Palabras Clave: Depresión, envejecimiento, factores de riesgo, epidemiología.
Depression, aging, riskfactors, epidemiology (keywords).

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Actualmente la depresión en el anciano va ligada al envejecimiento en la población, y está condicionada por factores intrínsecos, extrínsecos y situacionales del entorno. La esperanza de vida ha ido cambiando y la pirámide poblacional tiende a igualar natalidad y mortalidad, con alargamiento de la vida en los ancianos que lleva al aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento va a la par con el desarrollo económico, social y cultural de la sociedad occidental.

Hay una alta proporción de trastornos afectivos en la vejez que no se llegan a diagnosticar o se diagnostican tarde. La depresión en la vejez tiene varios factores de riesgo asociados como pueden ser la pérdida de seres queridos, de independencia, de relaciones sociales, de relaciones familiares, de acomodación, de autoestima, de poder económico y de salud entre otros. En los ancianos estos procesos pueden ser particularmente complicados, pues requieren un tiempo de adaptación que a esta edad ha disminuido.

En la consulta de Enfermería de Atención Primaria realizaremos una entrevista psico geriátrica registrada en la historia clínica de modo conciso y completo con entrevista individual (escucha activa empática) prestando especial atención al lenguaje, comunicación no verbal, nivel de ansiedad, posibles síntomas psicósomáticos opicóticos, memoria, sociabilidad, antecedentes familiares y personales (tipo de personalidad), medicación, hábitos tóxicos, nutrición, hidratación, apoyo familiar (valorar posibles malos tratos) o entorno cercano. Posteriormente incorporar la información de familiares o cuidadores. Los instrumentos más usados para tamizaje de depresión-deterioro cognitivo serían, el Mini-Mental State Examination (MMSE), para la orientación tiempo, espacio y lenguaje, la escala de Depresión Geriátrica Yesavage para síntomas depresivos o la Escala Golberg (ansiedad y depresión).

La promoción del autocuidado, fomentando hábitos saludables que mantengan la movilidad, la actividad y la funcionalidad cerebral minimiza el riesgo de depresión en el anciano.

Objetivos:

A Fomentar hábitos saludables para mantener la actividad y funcionalidad cerebral, detección precoz desde la Consulta de Enfermería de Atención Primaria de factores de riesgo de la depresión en los ancianos.

Material y Método:

Revisión bibliográfica. Bases de datos consultadas Web of Science (WOS): CUIDE, Scielo, Medline, Fistera, biblioteca Cochrane Plus, Guías Asistenciales del Portal de Salud de Gerencia de Atención Primaria de León (GAPLE) y Google Académico.

Resultados:

La morbilidad depresiva en el anciano alcanza 15% aproximadamente, la probabilidad aumenta en pacientes institucionalizados, hospitalizados o pluripatológicos pues aumenta la sensación de aislamiento, sentimientos de baja autoestima, pérdida de autonomía y de intimidad, alejado de su entorno vital adaptándose forzosamente al nuevo medio.

Mediante la promoción del autocuidado, fomentando hábitos saludables que mantengan la movilidad, la actividad y la funcionalidad cerebral se minimiza el riesgo de depresión en el anciano, es fundamental adecuarse a las necesidades del anciano.

Conclusiones:

Hay causas de depresión en el anciano unidas al envejecimiento difícilmente modificables, otras pueden ser corregibles. La mejor medida preventiva es mantener el grado de movilidad y activar la memoria junto con el mantenimiento de la cognición, sociabilizar, procurar un tipo de vida autónoma fomentando la realización regular de las tareas de la vida diaria a su propio ritmo, evitar la sobreprotección familiar o de cuidadores, aunque a la vez debe estar apoyado por su entorno. La importancia de participar en el cuidado de la propia salud, sociabilizar, sentirse útil y autónomo en el día a día, es esencial para lograr comportamientos eficaces tanto en la salud física como emocional tan íntimamente ligadas.

Es necesario promover servicios adecuados a las necesidades del anciano, campañas informativas (educación sanitaria desde atención primaria, actividades de difusión en los medios de comunicación y redes sociales, organismos públicos...), talleres donde se involucra a la propia ciudadanía, a la sociedad y a las instituciones para mejorar la salud cognitiva y emocional de nuestros mayores en la sociedad actual, en la que en muchas ocasiones se les olvida o inclusive tristemente se les ignora.

Bibliografía

- 1.-Calderón M, Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018;29(3), 182-191.
- 2.- Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. ArchMed Fam.2012;14(1):5-13
- 3.- Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- 4.-Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriatria, Segunda Ed.1990;307-323

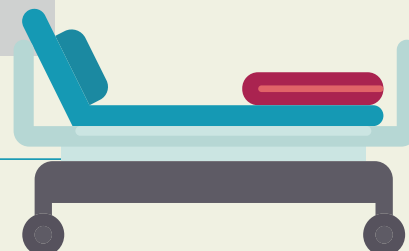
Capítulo 155

Prevención de Úlceras por Presión Mediante Superficies de Apoyo Especial

*Aceña Martínez, Silvia
Ruiz Alonso, Pedro Luis
Ovejero De Pablo, Sandra
De Miguel Muñoz, Sonia Juliana
López Pinilla, Yolanda
Escudero Tutor, Laura*

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN MEDIANTE SUPERFICIES DE APOYO ESPECIAL

Silvia Aceña Martínez, María Sandra Ovejero de Pablo, Sonia de Miguel Muñoz, Yolanda López Pinilla, Laura Escudero Tutor, Pedro Luis Ruiz Alonso



Introducción

Las úlceras por presión (UPP) suponen un importante problema sanitario que afecta directamente a los ciudadanos y a los sistemas de salud. Las UPP es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, producido generalmente por una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión en combinación con cizallamiento y/o presión.

En España se atienden 80.000 pacientes con UPP diariamente, siendo el 95% de ellos evitables y prevenibles. Es importante identificar precozmente, el riesgo para aplicar lo mas pronto posible, medidas de prevención para poder evitar su aparición con la utilización de superficies especiales de presión alternativa y la rotación constante de posiciones en los pacientes.

La prevención de UPP evita que el paciente sufra y además disminuye los costes en el Sistema Sanitario.

Objetivos



Evaluar los efectos de las superficies de apoyo especiales para aliviar la presión en el tratamiento de las úlceras por decúbito.

Prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes de riesgo.

Material y método

Revisión Bibliográfica en base de datos Pubmed y Cuiden Plus.

Artículos de los últimos 10 años

Artículos seleccionados: 3 ensayos controlados aleatorios y revisiones sistemáticas.

Resultados

Los colchones de aire alternos son los mas coste-efectivos.

Los colchones que distribuyen la presión disminuyen la incidencia de úlceras por presión.

No existe diferencia entre los dos tipos de colchones para la prevención de úlceras por presión.

Las superficies de apoyo están recomendadas para la prevención y el tratamiento de pacientes en riesgo de UPP.

Las superficies que distribuyen la presión son eficaces en la prevención de úlceras por presión.

Palabras clave

Úlceras por presión
paciente inmovilizado
colchones anti escara
escaras
cicatrización de heridas



80 000 pacientes

UPP



Conclusiones

Las personas con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión, deberían utilizar colchones de espuma de mayor especificación, en lugar de los colchones de espuma estándar de los Hospitales.

Las superficies de apoyo que alivian la presión (camas, colchones, cojines de asiento...) se utilizan para ayudar a prevenir la aparición de úlceras.

Tanto los colchones que distribuyen la tensión como los cambios de posición son buenas medidas de prevención.

Las superficies de apoyo especiales no tienen que sustituir a los cuidados de enfermería relativos a la movilización y a los cambios posturales.



1.McInnes E, Jamnall-Blasi A, Bell-Syer S, Dumail J, Cullun N. Preventing pressure ulcers. Are pressure-redistributing support surfaces effective? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2012; 49 (3): 345-359.

2.Beniamino P, Vadalá M, Carmen L. Cross. Linked hyaluronic acid in pressure ulcer prevention. *Journal of wound care* 216; CO (00):1-4.

3.Bergstrom N, Horn J.D, Rapp M.P, Stem A, Barrett R, Watkiss M. Turning of ulcer reduction: a multisite randomized clinical trial in nursing homes. *The journal of the American geriatrics society*. 2013; 61 (10):1706-1713.

Resumen: Las úlceras por presión (UPP) son toda lesión de la piel originada por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la fricción, cizalla o combinación de estas, causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso a músculo y hueso.

Su incidencia varía entre 20-56% y su importancia radica en sus complicaciones.

Las úlceras por presión (UPP) podrían evitarse con estrategias efectivas bien diseñadas y clínicamente probadas que se centran en la utilización de superficies especiales de presión alternante y la rotación constante de posiciones del paciente.

Palabras Clave: Úlcera por Presión, Superficie de apoyo especiales (Anti-decubitus mattresses), Colchones tradicionales (Traditional mattresses)

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras por presión suponen un importante problema sanitario que afecta directamente a los ciudadanos y a los sistemas de salud.

Las úlceras por presión (UPP) son una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la presión prolongada y/o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él (1).

Las úlceras por presión en la actualidad un gran problema sanitario, económico y social. En España más de 89.000 personas sufren al día algún tipo de úlcera por presión. A nivel hospitalario se estima que afecta a nueve de cada diez pacientes ingresados independientemente de su edad (3).

La prevención de las úlceras por presión es la mejor forma de controlarlas dado que se evita el sufrimiento del paciente y se reduce el coste en el sistema sanitario. Además, algunos estudios evidencian que aplicar un protocolo de medidas de prevención disminuye la incidencia de úlceras por presión.

La prevención de las úlceras por presión es responsabilidad de enfermería, tanto llevándola a cabo en los lugares donde se trabaja, como educando a los familiares y cuidadores en la forma de realizar una correcta prevención de las lesiones.

Por ello, los profesionales deben estar actualizados sobre cuáles son las mejores medidas de prevención y cuestionarse la efectividad de las medidas que se están utilizando en los momentos actuales.

Objetivos:

- Evaluar los efectos de las superficies de apoyo especiales para aliviar la presión en el tratamiento de las úlceras de decúbito.
- Prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes de riesgo.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en las bases de datos PubMed y Cuiden Plus. También artículos existentes en Google Scholar y en la Biblioteca de SACYL.

Resultados:

Tras la lectura crítica de los artículos incluidos, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Los colchones de aire alterno son los más coste-efectivos.
- Los colchones que distribuyen la presión disminuyen la incidencia de úlceras por presión.
- No existe diferencia entre los dos tipos de colchones para la prevención de úlceras por presión.
- Las superficies de apoyo están recomendadas para la prevención y el tratamiento de pacientes en riesgo de úlceras por presión.
- Las superficies que distribuyen la presión son eficaces en la prevención de úlceras por presión.
- Los colchones que alivian la presión disminuyen la incidencia de úlceras por presión en las personas con riesgo.
- En la actualidad no hay una clara diferencia en la curación de las úlceras entre las superficies de apoyo rellenas de agua y los colchones de espuma de reemplazo.
- Actualmente no está claro si las superficies de apoyo de alta tecnología para presión (como las camas de baja pérdida de aire, las camas de suspensión neumática y las superficies de presión alterna) mejoran la curación de las úlceras de decúbito o que intervención puede ser más efectiva.

Las úlceras por presión son un importante problema relacionado con la calidad de cuidados de enfermería. Su prevención debe basarse en los mejores resultados de la investigación.

El grupo de artículos que hablan sobre diferentes medidas de prevención coinciden en que las medidas de prevención son verdaderamente útiles en la prevención de úlceras por presión.

Entre estas recomendaciones se encuentran el uso de dispositivos que alternan la presión y dispositivos que disminuyen la presión en pacientes en riesgo de úlceras por presión.

Todos los artículos seleccionados sobre superficies de alivio de presión coinciden en que el uso de colchones que disminuyen la presión, son una buena medida de prevención para las personas en riesgo de úlceras por presión, por lo que deben formar parte del plan integral de prevención de úlceras por presión del paciente en riesgo.

Conclusiones:

Las personas con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión deberían utilizar colchones de espuma de mayor especificación, en lugar de los colchones de espuma estándar de los hospitales.

Los méritos relativos de las superficies de apoyo de alta especificación de baja presión constante y presión alterna para prevenir las úlceras por presión no están claros, pero los colchones de presión alterna pueden ser más rentables que las superposiciones de presión alterna.

Las superficies de apoyo que alivian la presión (es decir, camas, colchones, cojines de asiento, etc.) se utilizan para ayudar a prevenir la aparición de úlceras.

Las diferentes superficies de apoyo (Por ejemplo, camas, colchones, cubiertas de colchón y almohadas) tienen como objetivo aliviar la presión y se utilizan para amortiguar las partes vulnerables del cuerpo y distribuir la presión de la superficie de forma más equilibrada. La revisión encontró que las personas que se encuentran acostadas en colchones de espuma ordinarios tienen más probabilidades de sufrir úlceras por presión que las que se encuentran en un colchón de espuma de mayor especificación.

Tanto los colchones que distribuyen la presión como los cambios de posición son buenas medidas de prevención, aunque se precisa más evidencia sobre los tipos de materiales y los tiempos respectivamente.

Los colchones que disminuyen la presión son una buena medida para personas con riesgo de úlceras por presión y deben ser incluidos en los planes de prevención por delante de los sobre colchones que disminuyen la presión.

Se debe considerar siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

Bibliografía

1.- McInnes E, Jamnali-Blasi A, Bell-Syer S, Dumuil J, Cullun N. Preventing pressure ulcers. Are pressure-redistributing support surfaces effective? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2012; 49 (3) : 345-359.

2.- Beniamino P, Vadalá M, Carmen L. Cross. Linked hyalunoric acid in pressure ulcer prevention. *Journal of wound care* 216; CO (00);1-4.

3.- Bergstrom N, Horn J.D, Rapp M.P, Stem A, Barrett R, Watkiss M. Turning of ulcer reduction: a multisiste randomized clinical trial in nursing homes. *The journal of the American geriatrics society*. 2013; 61(10):1706-1713.

Capítulo 156

Prevención primaria de la anemia ferropénica en embarazadas

*Sánchez Alcover, Ana
Carrillo Medina, Celia
García Ruiz, Julia María*

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EMBARAZADAS

SANCHEZ ALCOVER, ANACARRILLO MEDINA, CELIA. GARCIA RUIZ, JULIA MARÍA.

INTRODUCCIÓN

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia durante el embarazo. La anemia ferropénica es multifactorial e intervienen en su desarrollo la alimentación, la situación fisiológica, patologías asociadas y la carga genética del individuo. El embarazo es un periodo en el que las demandas de hierro se encuentran aumentadas con el objetivo de cubrir las necesidades de crecimiento feto-placentarias, y favorecer el correcto neurodesarrollo fetal. Los estados de deficiencia se asocian con resultados materno-fetales adversos. El diagnóstico de anemia en el embarazo se realiza cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 11 gr/dl en el primer y tercer trimestre de gestación e inferiores a 10,5 gr/dl en el segundo trimestre. La prevención primaria de la anemia ferropénica resulta de vital importancia a la hora de prevenir posibles complicaciones asociadas a este déficit nutricional.

OBJETIVO

Identificar los principales alimentos implicados en la prevención primaria de la anemia ferropénica durante el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, IBECs, Scopus y CUIDEN estableciendo un límite temporal de 10 años. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los términos MeSH: Pregnancy, Anemia, Iron Deficiency, Primary Prevention.

RESULTADOS

La profilaxis de la anemia ferropénica en el embarazo se basa en asegurar el aporte de 30 mg/día de hierro elemental en gestaciones únicas, 60 mg/día en las gestaciones múltiples. La cantidad de hierro absorbido del total ingerido en dieta depende de su biodisponibilidad.

El hierro presente en los alimentos se puede clasificar en: hierro hemo y no hemo (inorgánico). Las principales fuentes de hierro hemo en la dieta son la hemoglobina y mioglobina presentes en los alimentos de origen animal. El hierro tipo hemo se absorbe con mayor facilidad que el hierro no hemo, debido a que su absorción no está condicionada por la presencia de inhibidores o potenciadores. Sin embargo, aproximadamente el 95% de la ingesta de hierro en la dieta proviene de fuentes no hemo. Determinados alimentos favorecen la absorción del hierro no hemo, son considerados potenciadores, como la vitamina C (ácido ascórbico). La naranja, mandarina, kiwi, pomelo o las fresas son frutas con un alto contenido en vitamina C. La germinación y fermentación de los cereales y las legumbres también mejora su biodisponibilidad al reducir la concentración de fitato, sustancia que inhibe su absorción. El consumo de taninos presentes en el té y en el café dificultan la absorción del hierro. Son alimentos ricos en hierro: carne (vacuno, pollo, pavo, o cerdo); pescado, moluscos en conserva (berberechos y mejillones), verduras (espinacas, col y acelgas); legumbres (lentejas, garbanzos y judías), frutos secos (pistachos y almendras) y cereales fortificados (sin fibra).

CONCLUSIÓN

El asesoramiento nutricional al inicio del embarazo resulta de vital importancia, entre otros motivos con el objetivo de prevenir posibles deficiencias de micronutrientes a lo largo de la gestación. No solo se debe informar de aquellos alimentos con un alto contenido en hierro, sino también sobre aquellos factores que favorecen su absorción y por el contrario también aquellos que la inhiben.

Resumen: *Introducción: Las demandas de hierro en el embarazo se encuentran aumentadas para cubrir las necesidades de crecimiento feto-placentarias y neurodesarrollo fetal. Objetivo: Identificar alimentos implicados en la prevención primaria de la anemia ferropénica durante el embarazo. Material y métodos: Revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos. Resultados: La cantidad de hierro absorbido depende de su biodisponibilidad. El contenido de hierro de los alimentos como la naturaleza del mismo condicionan su absorción. Conclusión: El asesoramiento nutricional es vital. Debemos informar de alimentos ricos en hierro, y los factores que favorecen su absorción y aquellos que la inhiben.*

Palabras Clave: *Pregnancy.- Anemia, Iron-Deficiency. - Primary prevention.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia durante el embarazo (1). La anemia ferropénica es multifactorial e intervienen en su desarrollo la alimentación, la situación fisiológica, patologías asociadas y la carga genética del individuo (2).

El embarazo es un periodo en el que las demandas de hierro se encuentran aumentadas con el objetivo de cubrir las necesidades de crecimiento feto-placentarias, y favorecer el correcto neurodesarrollo fetal. Los estados de deficiencia se asocian con resultados materno-fetales adversos (1)(3).

La anemia fisiológica, o anemia por dilución en el embarazo, se debe a la expansión de volumen de sangre destinada a cubrir las necesidades del feto en desarrollo y conlleva una disminución de los niveles de hemoglobina. El diagnóstico de anemia en el embarazo se realiza cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 11 gr/dl en el primer y tercer trimestre de gestación e inferiores a 10,5 gr/dl en el segundo trimestre (3).

La prevención primaria de la anemia ferropénica resulta de vital importancia a la hora de prevenir posibles complicaciones asociadas a este déficit nutricional.

Objetivos:

Identificar los principales alimentos implicados en la prevención primaria de la anemia ferropénica durante el embarazo.

Material y Método:

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, IBECs, Scopus y CUIDEN estableciendo un límite temporal de diez años, aplicando el límite en la base de datos de publicaciones escritas en inglés y en español. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los términos del Medical Subject Heading (MeSH): Pregnancy, Anemia, Iron Deficiency, Primary Prevention.

Resultados:

La profilaxis de la anemia ferropénica en el embarazo se basa en asegurar el aporte de 30 mg/día de hierro elemental en gestaciones únicas, 60 mg/día en las gestaciones múltiples (4).

La cantidad de hierro absorbido del total ingerido en dieta depende de su biodisponibilidad. La dieta es un factor fundamental a tener en cuenta, ya que tanto el contenido de hierro de los alimentos como la naturaleza del mismo condicionan su absorción a nivel intestinal, y en consecuencia su incorporación al organismo.

El hierro presente en los alimentos se puede clasificar en: hierro hemo y no hemo (inorgánico). Las principales fuentes de hierro hemo en la dieta son la hemoglobina y mioglobina presentes en los alimentos de origen animal. El hierro tipo hemo se absorbe con mayor facilidad que el hierro no hemo, debido a que su absorción no está condicionada por la presencia de inhibidores o potenciadores. Sin embargo, aproximadamente el 95% de la ingesta de hierro en la dieta proviene de fuentes no hemo. Determinados alimentos favorecen la absorción del hierro no hemo, son considerados potenciadores, como la vitamina C (ácido ascórbico). La naranja, mandarina, kiwi, pomelo o las fresas son frutas con un alto contenido en vitamina C. La germinación y fermentación de los cereales y las legumbres también mejora su biodisponibilidad al reducir la concentración de fitato, sustancia que inhibe su absorción. El consumo de taninos presentes en el té y en el café dificultan la absorción del hierro (2)(5). Por este motivo se deben combinar en la misma comida alimentos ricos en hierro no hemo con estimulantes, y separar el consumo de alimentos que contienen inhibidores de las comidas principales, al menos 2 horas.

Son alimentos ricos en hierro: carne (vacuno, pollo, pavo, o cerdo); pescado, moluscos en conserva (berberechos y mejillones), verduras (espinacas, col y acelgas); legumbres (lentejas, garbanzos y judías), frutos secos (pistachos y almendras) y cereales fortificados (sin fibra) (4) (2).

El asesoramiento nutricional al inicio del embarazo debe incluir información sobre el consumo de variedad de alimentos, el adecuado aumento de peso durante la gestación, la adecuada suplementación de micronutrientes, la actividad física y los efectos nocivos del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Se recomienda realizar una dieta equilibrada con alimentos ricos en hierro (4). Todas las mujeres deben recibir asesoramiento sobre la dieta durante el embarazo, incluyendo información sobre cuáles son los factores alimentarios que pueden inhibir o favorecer su absorción. En aquellos casos en los que los cambios en la dieta por sí solos no fuesen suficientes sería necesaria la suplementación. Las sales de hierro ferroso son las preparaciones de elección, las cuales se pueden asociar con molestias gastrointestinales (5).

Conclusiones:

El asesoramiento nutricional al inicio del embarazo resulta de vital importancia, entre otros motivos con el objetivo de prevenir posibles deficiencias de micronutrientes a lo largo de la gestación. No solo se debe informar de aquellos alimentos con un alto contenido en hierro, sino también sobre aquellos factores que favorecen su absorción y por el contrario también aquellos que la inhiben. Toda esta información debería de ir acompañada de material de apoyo, como un folleto informativo.

Bibliografía

1.- Cantor AC, Bougatsos C, Dana T, Blazina I, McDonagh M. Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: A Systematic Review For the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015; 162: 566-76.

2.- MP Vaquero, R Blanco, L Toxqui. Nutrición y anemia. Cap. 23. En: *Manual Práctico de Nutrición y Salud. Alimentación para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes.* Exlibris Ediciones, S.L. Madrid, 2012. ISBN: 978-84-92848-35-5.

3.- Rahmati S, Azami M, Parizad N, Sayehmiri K. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 33(15):2679-89.

4.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol.* 2018; 61 (05): 510-27.

5.- Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. OK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology.* 2012; 156: 588-600.

Capítulo 157

Prevención y Diagnóstico precoz del Pie Diabético en Atención Primaria

*Castillo Muñoz, Maria Del Pilar
Lozano González, Ana Belén
Moreno Zamora, Gema María*

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:
María del Pilar Castillo Muñoz
Gema María Moreno Zamora.
Ana Belén Lozano González

1 Introducción

La DM es una enfermedad endocrina de gran prevalencia en todo el mundo. Se prevé que la incidencia ascienda a 552 millones en el año 2030. El pie diabético es una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por una hiperglucémica mantenida en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce una lesión o ulceración en el pie. Se considera que el 15% de los pacientes diabéticos presentarán una úlcera y de estos un 25% precisará algún tipo de amputación. Dada la afectación sistémica y la compleja etiopatogénica de esta enfermedad, la mejor manera de abordar las complicaciones del pie diabético es de forma multidisciplinaria, estudios internacionales han demostrado que atendiendo a estos pacientes en equipo, el número de amputaciones es mucho menor. Existen diferentes clasificaciones para valorar la gravedad de las úlceras del pie diabético.

2 Objetivo

- Identificar factores de riesgo que desencadenen la enfermedad.
- Determinar actividades de prevención.
- Educación Sanitaria del paciente para una correcta autoexploración del pie diabético y control adecuado de la glucemia e identificar signos de alarma

3 Metodología

1. Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubliMed, Scielo, restringiendo la búsqueda a artículos originales, revisiones sistemáticas y metanálisis publicados entre 2012 y 2022.

4 INTERVENCIONES

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO:

- Antecedentes de enfermedad o realización de procedimientos en la extremidad (úlceras, amputación, by-pass, artropatía de Charcot).
- Neuropatía sensorial
- Enfermedad arterial periférica
- Movilidad articular limitada o deformidad estructural de pie y tobillo.

FACTORES DE RIESGO DE ULCERACIÓN DEL PIE.

- Sexo masculino
- Historia de úlceras previas
- tabaquismo
- Diabetes mellitus de más de 10 años de evolución.
- Neuropatía diabética
- Mal control glucémico
- sedentarismo
- Hipertensión arterial

EVALUACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Se recomienda que a todo paciente diabético deben valorarse los pies al menos una vez al año. Cuando el paciente presenta algún factor de riesgo debe ser evaluado cada tres meses.

Se debe realizar:

- ANAMNÉSIS (control metabólico, complicaciones micro o macrovasculares, condición social y económica, red de apoyo familiar, presencia de calambres, parestésias, dolor urente y claudicación intermitente).
- INSPECCIÓN GENERAL DEL PIE (valorar uñas, color, temperatura, hiperqueratosis, deformidades)
- EVALUACIÓN DEL CALZADO (valorar material, suela, transpiración, calzada cerrado)
- EVALUACIÓN VASCULAR (realización de índice-tobillo-brazo)
- EVALUACIÓN NERUROLÓGICA :Sensibilidad táctil (Mono filamento Semmes-Weinstein) y vibratoria (Diapason 128 HZ)

5 ANÁLISIS

El documento de consenso desarrollado por el grupo de trabajo internacional (IWGDF), es uno de los sistemas más utilizados para clasificar la probabilidad de sufrir esta complicación.

CLASIFICA A LOS PACIENTES EN:

GRUPO 0 DE RIESGO:

- Sin neuropatía
- Sin enfermedad arterial periférica (E.A.P.)
- Sin deromidad del pie o movilidad articular limitada.

GRUPO 1 DE RIESGO:

- Neurpatía periférica
- Sin E.A.P.
- Sin deformidad del pie o movilidad articular limitada

GRUPO 2 DE RIESGO:

- Neuropatía y deformidad.
- y/o E.A.P.

GRUPO 3 DE RIESGO:

- Antecedente de úlcera, amputación o artropatía de charcot.

6 CONCLUSIÓN:

La diabetes mellitus constituye una epidemia mundial. La úlcera del pie diabético es una de las complicaciones más graves y costosas de la diabetes mellitus. El 80% de estas lesiones se pueden prevenir. La clave para ello es proporcionar amplia información a los profesionales de la salud en cómo evaluar correctamente el pie diabético, y conocer signos de alarma a tener en cuenta. La educación sanitaria en el autocuidado de los pies, en un adecuado corte de uñas, en consultar ante cualquier aparición de lesión o ulceración y mantener un buen control metabólico de la enfermedad es uno de los pilares básicos en la prevención del pie diabético. La Neuopatía periférica y la enfermedad vascular son los principales factores para la aparición de lesiones y por ello deben incluirse su evaluación en los controles periódicos del paciente diabético.

7 BIBLIOGRAFIA:

- 1-Paiva MO , Rojas SN. .Pie diabético: ¿podemos prevenirlo? . Rev.Med . Clín.Condes. 2016; 27 (2) : 227-23
- 2- .Quemba Mesa MP, Gonzalez Jimenez NM, Camargo Rosas MR.Intervenciones educativas para la prevención del pie diabético.Revista Ciencia y Cuidado 2021; 18 (1): 66-80.
- 3- Alvarez Castro HG, Torres Cardona FE, Leon Vasso VE. Protocolo de enfermería para la atención de adulto mayor con diabetes:Pie Diabético. Recimundo. 2018 ; 2 (2) : 684-699.
- 4- Couselo -Fernandez I, Rumbo Prieto JM. Riesgo de pie diabético y deficit de autocuidados en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Enfermería universitaria. 2018; 15 (1) : 17-29.
- 5-Gonzalez Casanova JM, Machado Ortiz FO, Casanova Moreno M. Pie Diabético: una puesta al día.UMP.2019 ;15 (1) : 134-147.

Resumen: La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de alta prevalencia con un gran coste social y gran impacto sanitario por el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas. Una de las principales complicaciones crónicas es el pie diabético que es la afección y destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior. La prevención de las lesiones del pie en las personas con diabetes con factores de riesgo es fundamental para reducir su incidencia. La educación sanitaria junto con la atención podológica juegan un papel fundamental en la prevención.

Palabras Clave: Educación Sanitaria, Prevención, Examen de los pies

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la definición de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare (SEACV) la causa de la aparición del Pie Diabético es una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce la lesión y/o ulceración.

El pie del paciente con diabetes engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infecciones producen lesiones tisulares o úlceras, originadas por pequeños traumatismos, ocasionando lesiones importantes que pueden llegar incluso a la amputación del miembro afecto

Objetivos:

- Mejorar los conocimientos, para realizar una correcta prevención, valoración, diagnóstico y tratamiento.
- Contribuir con la estrategia de seguridad del paciente disminuyendo la incidencia, prevalencia y cronicidad de este tipo de lesiones.
- Fomentar los autocuidados y conocimientos de su patología de base.

Material y Método:

Diferenciaremos 3 niveles de prevención:

- Prevención primaria. En el momento que se detecte diabetes mellitus evitando que aparezcan lesiones.
- Prevención secundaria. Una vez que se hayan producido lesiones tratarlas y evitar la aparición de nuevas.
- Prevención terciaria. Tratar la úlcera o gangrena, y en el caso que hubiera amputación rehabilitar. También detectaremos en que fase de riesgo se encuentra el paciente:
 - De bajo riesgo. Habrá presencia de pulsos, sensibilidad superficial presente, no hay deformidades ni ha sufrido con anterioridad úlceras.

◦ De alto riesgo. Se observará ausencia de pulsos periféricos, pérdida de sensibilidad, hay deformaciones y ya ha padecido una úlcera o amputación.

Por eso es de gran utilidad que estos pacientes sigan unas normas de cuidado de los pies:

1. Se debe observar diariamente los pies, buscando cualquier pequeña rozadura, herida o enrojecimiento. Se deben controlar seis lugares en la planta del pie: la punta del dedo gordo, la base de los dedos pequeños, la base de los dedos medios, también el talón y la parte exterior del pie y la planta.

2. No fume. El tabaco estrecha las arterias y no favorece un adecuado aporte de oxígeno a sus pies. Acuda periódicamente a su médico para asegurar un buen control de su diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, etc.). Es aconsejable realizar ejercicio diariamente en forma de paseos por terreno llano y a buen ritmo durante, al menos, una hora.

3. Higiene: Se deben mantener los pies limpios, lavándolos a diario con agua tibia (recordemos que pueden estar dañados los nervios que conducen la sensibilidad térmica y no advertir que el agua está lo suficientemente caliente para producir una quemadura) y jabón.

4. Secado: debe ser minucioso, esforzándonos por eliminar la humedad de la zona interdigital. Para secar los pies es mejor hacerlo por contacto, evitando en lo posible la fricción y prestando una atención especial a las zonas interdigitales. En el caso de que tuviese excesiva sudoración, se recomienda aplicar polvos de talco después del lavado diario.

5. Hidratación: Después de la higiene diaria hay que aplicar crema hidratante en talón, planta y dorso de ambos pies para evitar la sequedad. Para ello utilice cremas de urea al 15%. Es contraproducente hidratarse los pies o hacer masajes con alcohol o colonia.

6. Para el cuidado de las uñas, se deben de utilizar tijeras de punta roma y lima de cartón. Todo ello, con buena luz y sirviéndose de la ayuda de una lupa y espejo, si fuera necesario. Nunca se deben utilizar tijeras de punta afilada, cortauñas u otros objetos punzantes. Tampoco limas metálicas, callicidas ni piedra pómez. Se deben cortar las uñas en forma recta evitando cortar los lados. En cualquier caso, siempre que no se puedan realizar estos cuidados con la precisión que requieren, debe acudir al podólogo.

7. No utilice callicidas, ni manipule sus callos u otras lesiones de sus pies. Si detecta cualquier alteración, es recomendable que consulte con su equipo asistencial.

8. Respecto al vestido de los pies, nunca deben utilizarse calcetines sintéticos y con costuras gruesas, ni ligas o fajas que compriman y comprometan la circulación. Lo más adecuado es utilizar calcetines de fibras naturales (algodón, hilo o lana) y de tonos claros para la detección precoz de las heridas. Para calentarse los pies, no utilizar mantas eléctricas ni bolsas de agua caliente. Tampoco conviene sentarse cerca de estufas o braseros por el riesgo de quemaduras si la sensibilidad térmica está alterada.

9. Respecto al calzado, es necesario utilizar zapatos de piel, cómodos y amplios, donde cada dedo tenga espacio con holgura. También conviene que el pie esté bien sujeto, con calzado que se ate con cordones o velcro. Revisar cada día el interior del calzado con la mano en busca de cualquier cosa que, por pequeña que sea (piedrecilla,...), nos pase inadvertida y pueda ocasionarnos una lesión o rozadura.

10. Cuando estrenemos zapatos, conviene hacer una adaptación lenta utilizándolos no más de una hora seguida los primeros días. Escoger como horario de compra de calzado la última hora de

la tarde, ya que es cuando el pie se encuentra más dilatado. No andar nunca descalzo, ni siquiera por la playa. En casa, utilizar zapatillas cómodas.

11. Respecto a las heridas y curas, es preciso que sean evaluadas por el médico, quien le indicará el tipo de cuidados que hay que realizar sobre la misma.

Resultados / Conclusión:

Dada la alta prevalencia y coste socio sanitario de úlceras y amputaciones en pie diabético se considera que el mejor tratamiento es la prevención. Por tanto, la implementación en el ámbito de Atención Primaria de protocolos para la detección, estratificación y prevención del pie diabético son primordiales. El abordaje debe ser integral y con carácter multidisciplinar incluyendo a otros profesionales como podólogo, ortopedia, vascular etc. por el carácter multifactorial de riesgo de ulceración. El papel de Enfermería es fundamental por la clara evidencia de la educación en la prevención de lesiones, siendo la educación más eficaz si se adapta al paciente, a su factor de riesgo, a su grado de riesgo y se optimiza con el adecuado seguimiento.

Bibliografía

- 1.- «Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de Extremidad Inferior (C.Lo.N.U.Y.I.)». Documento de Consenso. Madrid: EdikaMed, S. L.; 2009. p. 58-79.
- 2.- Tamayo T, Rosenbauer J, Wild SH, Spijkerman AM, Baan C, Forouhi NG, Herder C, Rathmann W. Diabetes in Europe: An update. *Diabetes Research & Clinical Practice*. 2014; 103(2):206-17.
- 3.- <http://www.sediabetes.org/resources/revista/00011073archivoarticulo.pdf>
- 4.- Rincón, Y.; Gil, V.; Pacheco, J.; Benítez, I.; Sánchez, M. (2012). Evaluación y tratamiento del pie diabético. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(3), 176.
- 5.- Tizón, E; Fernández, M.; López, M; Penabad, S.; Rodríguez, O.; Vázquez, R.; (2004) Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Revista formación continuada* 263-270.

Capítulo 158

Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión en Unidades de Cuidados Intensivos

Torrijos Ruiz-Peinado, Alfonsa

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Alfonsa Torrijos Ruiz-Peinado

Introducción.

Las úlceras por presión (UPP) se pueden definir como lesiones en la piel o/y del tejido subyacente (músculos e incluso huesos), normalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o la combinación de presión con fricción y/o cizallamiento.

Para realizar un buen manejo de las UPP es importante conocer los medios que disponemos para la valoración del riesgo de desarrollar UPP, sistemas de prevención disponibles y una vez se ya existe esa UPP saber identificar en que estadio/grado se encuentra y así poder realizar un tratamiento más efectivo.

Clasificación UPP:

- Estadio I: No existe pérdida de continuidad de la piel, sin embargo existe un área localizada que no blanquea.
- Estadio II: Existe la pérdida del espesor parcial de la piel quedando expuesta la dermis, observándose así un lecho de la herida con color rojo o rosado, húmedo, pudiendo existir flictenas intactas.
- Estadio III: Pérdida total del espesor de la piel, observándose así tejidos subcutáneos.
- Estadio IV: Pérdida del grosor total de la piel por lo que pueden quedar expuestas otras estructuras como músculos, tendones o incluso huesos subyacentes

Debido al desarrollo y avances de nuevas tecnologías en medicina creemos importante conocer el impacto del uso de estos nuevos dispositivos en UCI en relación a la aparición de UPP. A pesar de que estos nuevos dispositivos y avances permiten salvar y/o alargar la vida de pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos, también producen efectos adversos en el periodo de recuperación y sanación del paciente como son el desarrollo de UPP. Esto suele ser debido: por un lado, a que los pacientes encuentran limitada su movilidad por el uso de dispositivos médicos y no pueden realizar cambios posturales por ellos mismos favoreciendo así que los puntos de apoyo sean los mismos y por lo tanto, den lugar a un daño tisular que puede terminar en el desarrollo de UPP; por otro lado, pueden ser los propios dispositivos necesarios para la supervivencia de los pacientes los que generen presiones que acaben en el desarrollo de UPP. Otro aspecto a tener en cuenta es que a veces se necesitan ciertos fármacos como sedantes, analgésicos y relajantes musculares para favorecer una buena adaptación a los dispositivos, como se produce en el caso de la ventilación mecánica invasiva altamente utilizada en UCI, dando lugar a una disminución de la percepción del dolor producido por la presión que puede conllevar al desarrollo de UPP en diferentes zonas anatómicas

Objetivos

- Actualizar los conocimientos sobre prevención y tratamiento de UPP por parte del equipo de enfermería.
- Conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP.
- Conocer los métodos existentes para identificar pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

Resultados

Los factores de riesgo para el desarrollo de UPP son numerosos, no obstante la mayoría de los autores coinciden en varios como: la edad avanzada, el tiempo de estancia en UCI, el sexo masculino, el peso, la terapia de remplazo renal, el uso de fármacos (vasopresores, sedantes y anticoagulantes), la hipotensión, la posición prona, algunos dispositivos médicos (ventilación mecánica, nutrición enteral, sonda vesical), la hemoglobina baja, la albúmina baja y la presencia de edemas.

También son muchas las medidas de prevención de UPP en la que los autores coinciden como por ejemplo: los cambios posturales, superficies especiales para el manejo de la presión, los apósitos de silicona y apósitos de espuma, los ácidos grasos hiperoxigenados, la nutrición y la utilización de aceite de oliva y henna.

Conclusiones

- Aunque fueron muchos los factores de riesgo identificados para el desarrollo de UPP se ha visto que poco se puede influir en ciertos aspectos puesto que o bien son factores no modificables o intrínsecos del paciente o bien son elementos necesarios para la supervivencia de los pacientes en UCI.
- Puesto que la mayoría de factores de riesgo no se pueden modificar, se debe apostar por el uso de dispositivos de protección para evitar la aparición de UPP como apósitos protectores de espuma, AGHO y SEMP
- En relación a la carga de trabajo y la actitud de enfermería en relación con la prevención de UPP ambas parecen interferir en el desarrollo de UPP.
- Es necesario continuar investigando y establecer nuevas líneas de actuación para el manejo y prevención de UPP

Bibliografía.

1. Teixeira C, Santos D, De Abreu Almeida M, De A, Lucena F. Artigo Original The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation 1.
2. Jansen RCS, Silva KB de A, Moura MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190413.
3. Agrawal K, Neha C. Pressure ulcers: Back to the basics. Indian J Plast Surg. 2012;45:244-55.
4. Dos Santos CT, Almeida MDA, Lucena ADF. The nursing diagnosis of risk for pressure ulcer: Content validation. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24

Material y Método

Se trata de una revisión bibliográfica llevada a cabo en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2021. Los datos fueron recopilados mediante búsqueda electrónica en la base de datos PUBMED. Para encontrar estudios relevantes que se adecuaron a nuestro estudio, se utilizaron descriptores (palabras claves) indexados y no indexados en español e inglés.



Resumen: Se trata de una revisión bibliográfica sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión (UPP) en unidades de cuidados intensivos. Dicha revisión sistemática se llevó a cabo en los meses de abril, mayo y junio de 2021.

La inmovilidad de los pacientes representa un riesgo para el desarrollo de UPP y generalmente los pacientes que se encuentra en UCI suelen tener una movilidad reducida ya sea por la propia enfermedad o por el uso de medicamentos como sedantes, analgésicos y relajantes musculares o por el uso de dispositivos médicos.

Palabras Clave: Úlceras Por Presión, Pressure Injuries, Cuidados Intensivos.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Es importante repasar nuestros conocimientos sobre la etiología y el desarrollo de úlceras por presión (UPP) así como su prevención y tratamiento.

Las UPP se pueden definir como lesiones en la piel y/o en tejidos subyacentes como los músculos y los huesos, normalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o la combinación de presión con fricción y/o cizallamiento.

La inmovilidad de los pacientes representa un riesgo para el desarrollo de UPP y generalmente los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados intensivos (UCI) suelen tener una movilidad reducida ya sea por la propia enfermedad, por el uso de medicamentos como sedantes, analgésicos y relajantes musculares o por el uso de dispositivos médicos.

Los pacientes que están ingresados en UCI generalmente tienen más de un factor de riesgo para el desarrollo de UPP lo que pone de manifiesto la necesidad de una identificación temprana de los pacientes de riesgo para poner los medios necesarios para la prevención de UPP.

Las UPP representan un problema importante tanto para los sistemas sanitarios como para los profesionales y pacientes. Debido a que las UPP tienen un carácter iatrogénico se puede pensar que su aparición es evitable. Es importante destacar que la aparición o no de UPP por la hospitalización de los pacientes y en concreto la hospitalización en UCI son indicativos de calidad de los cuidados enfermeros ofrecidos en dichas unidades.

Las UPP representan un problema de largo alcance puesto que los pacientes que las desarrollan tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones como infecciones. Aunque las UPP no son un factor casual de mortalidad durante el ingreso hospitalario, se asocian a esta y a otras complicaciones en el proceso de recuperación, aumentando así la estancia hospitalaria, la carga de trabajo del personal de enfermería y por lo tanto los costes sanitarios.

Teniendo en cuenta esto, se evidencia la importancia de la prevención de la aparición de las UPP.

Para realizar un buen manejo de las UPP es importante conocer los medios que disponemos para la valoración del riesgo de desarrollar UPP. Es decir, conocer los sistemas de prevención disponibles y una vez que ya existe la UPP saber identificar en que estadio se encuentra para así poder realizar un tratamiento adecuado de la misma.

Objetivos:

- Actualizar los conocimientos sobre prevención y tratamiento de UPP por parte del equipo de enfermería.
- Conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP.
- Conocer los métodos existentes para identificar de pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica llevada a cabo en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2021.

Se utilizó la base de datos PUBMED. Para la búsqueda se utilizaron descriptores indexados y no indexados en inglés y español. Se utilizó el operador booleano "AND" para acotar la búsqueda de aquellos artículos que incluyesen en sus títulos "úlceras por presión" y "cuidados intensivos". Como resultado se obtuvieron 264 artículos de los cuales se preseleccionaron 72 en base a los criterios de inclusión y exclusión. Se evaluó el título y el resumen de los 72 estudios preseleccionados. De los cuales, fueron 13 los artículos utilizados.

Resultados:

4 estudios identificaron la edad avanzada como un factor de riesgo para el desarrollo de UPP. Otros 4 asociaron de forma significativa los días de estancia en UCI con el desarrollo de UPP, concluyendo que a mayor número días de estancia en UCI mayor era la probabilidad de desarrollar UPP. Cuatro estudios también identificaron la utilización de sedantes como factor de riesgo.

En relación a los sistemas de prevención: cinco estudios consideraron los sistemas especiales para el manejo de la presión (SEMP) como medida preventiva de UPP. Tres estudios consideran útil el uso de apósitos de espuma de silicona en la prevención de aparición de UPP.

Conclusiones:

A pesar de que fueron muchos los factores de riesgo identificados para el desarrollo de úlceras por presión en esta revisión se ha visto que poco se puede influir en ciertos aspectos puesto que o bien son factores no modificables o intrínsecos del paciente o bien son elementos necesarios para la supervivencia de los pacientes en UCI.

Puesto que la modificación de la mayoría de los factores de riesgo no está en mano del equipo enfermería se debe apostar por el uso de dispositivos de protección para evitar la aparición de UPP como apósitos protectores de espuma, AGHO y SEMP.

Capítulo 159

Primeros Auxilios en los Centros Escolares: una Revisión Bibliográfica

*Castellanos Franco, Julia
Castellanos Franco, Sara
Franco Valero, Julia
López Muñoz, Prado*

PRIMEROS AUXILIOS EN LOS CENTROS ESCOLARES: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Julia Castellanos Franco, Sara Castellanos Franco, Julia Franco Valero, Prado López Muñoz

INTRODUCCIÓN

Los accidentes son sucesos inesperados, nocivos para las personas, causados por una fuerza exterior que actúa rápidamente y provoca lesiones orgánicas; suelen ser previsibles y repercuten en la calidad de vida y años perdidos cuando suceden en menores. Son una de las tres primeras causas de muerte en niños hasta los 14 años y se consideran como un problema de salud pública.



OBJETIVOS

Analizar y evaluar los conocimientos de los profesionales de educación en los centros educativos ante una emergencia en el colegio.



METODOLOGÍA

- Se realiza una revisión bibliográfica.
- Bases de datos: PubMed, Scielo, la Biblioteca Virtual en Salud y Scopus.
- Cadena de Búsqueda: ("Teacher") AND ("Life support care" OR "Cardiopulmonary Resuscitation" OR "Emergencies") AND ("Knowledge").



RESULTADOS

- ❖ Bajo porcentaje de docentes formados. Evidencia en publicaciones de estudios en distintos contextos geográficos.
- ❖ No hay diferencias relevantes entre el profesorado que había recibido formación previa y los que no. La mayoría había realizado su última formación hacia más de 2 años.
- ❖ Escasos conocimientos sobre enfermedades crónicas y situaciones de emergencia.
- ❖ Aunque casi la mitad de los profesores tienen o han tenido alumnos con DM1, menos del 1% ha recibido formación específica sobre esta enfermedad.
- ❖ Una breve formación práctica mejora los conocimientos sobre RCP.
- ❖ Tener una enfermera escolar reduciría el absentismo y el fracaso escolar en niños con enfermedades crónicas, haciendo que los profesores se sientan más seguros.

CONCLUSIONES

- ✓ Existen deficiencias en la formación de los profesores.
- ✓ Tienen escasos conocimientos en primeros auxilios.
- ✓ Es un problema de carácter global.
- ✓ La situación en las escuelas está lejos de ser segura para los niños.
- ✓ Muchos docentes sobreestiman sus habilidades. Por ello, los profesores que se encuentren en activo, se deberían impartir cursos periódicos que los ayuden a no perder los conocimientos.



Resumen: *Introducción: Los niños pasan más de la mitad de su infancia en el colegio, por ello es el lugar donde la probabilidad de que se produzca un accidente es más elevada. Objetivo: analizar y evaluar los conocimientos del profesorado ante una emergencia en el colegio. Conclusiones: El nivel de conocimientos de los docentes es insuficiente, aunque estos son conscientes de la importancia de los primeros auxilios y expresan la necesidad de recibir más formación para que el entorno escolar sea seguro y se reduzca la tasa de morbilidad.*

Palabras Clave:

Tabla 1. Lenguaje controlado empleado en la búsqueda bibliográfica

Palabras clave	DeCS	MeSH
Profesor	Teacher	Teacher
Reanimación cardiopulmonar	Cardiopulmonary Resuscitation	Cardiopulmonary Resuscitation
Soporte vital básico	Emergencies	Emergencies
Conocimiento	Knowledge	Knowledge
Atención inicial	Life Support Care	Life Support Care

La estrategia de búsqueda empleada fue la misma para todas las bases de datos, en la cual se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR". Tras intercalar las palabras clave con los operadores booleanos surge una cadena de búsqueda ("Teacher") AND ("Life support care" OR "Cardiopulmonary Resuscitation" OR "Emergencies") AND ("Knowledge").

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los accidentes son considerados un problema de salud pública y una de las tres primeras causas de muerte en niños hasta los 14 años. Podemos definir el término accidente como un suceso inesperado, nocivo para las personas, causado por una fuerza exterior que actúa rápidamente provocando lesiones orgánicas, suelen ser previsibles y repercuten en la calidad de vida y años perdidos de quien los padece.

Tal y como refleja una investigación realizada por la fundación Mapfre, del 57,2% de los accidentes producidos fuera del hogar, el 44,6% suceden en la escuela.

Si bien, aunque las paradas cardiorrespiratorias en niños son raras, y pocas veces suceden en la escuela, la supervivencia ante una parada en esta edad es baja. Por ello, la escuela debe tener un plan que garantice que los profesores están capacitados, saben identificar una emergencia y realizar maniobras de RCP.

Objetivo:

Analizar y evaluar los conocimientos de los profesionales de educación en los centros educativos ante una emergencia en el colegio.

Metodología:

Las bases de datos a las que se ha recurrido han sido PubMed, Scielo, la Biblioteca Virtual en Salud y Scopus.

La estrategia de búsqueda empleada fue la misma para todas las bases de datos. Se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR". Tras intercalar las palabras clave con los operadores booleanos surge una cadena de búsqueda ("Teacher") AND ("Life support care" OR "Cardiopulmonary Resuscitation" OR "Emergencies") AND ("Knowledge").

- Criterios de inclusión: se escogieron aquellos artículos centrados en los conocimientos de los profesores ante una situación vital, estudios escritos en español o inglés, cuya fecha de publicación no supere los 5 años.
- Criterios de exclusión: artículos duplicados, los que no guardaban relación con la temática principal, los que se encontraban fuera del ámbito escolar y aquellos que tenían una muestra pequeña.

Resultados:

1. El estudio de Abelairas Gómez C, et al., muestra que de un total de 470 participantes Sólo 4 participantes ordenaron la secuencia del SVB y ninguno supo contestar bien a todas las preguntas sobre RCP.
2. En el estudio de Gaintza Z, Velasco Z participaron 361 maestros. De ellos, el 62,6% de los docentes tenía conocimientos deficientes sobre RCP y el 28,5% conocimientos muy deficientes. Sólo el 8% tenían conocimientos aptos de RCP.
3. Navarro-Patón R, Cons-Ferreiro M, Romo-Pérez V. en su estudio encuentran que, respecto a la RCP en niños, el 93% no supo realizarla: el 95% no supo la relación de ventilación y comprensión correcta; un 98% no conocía el ritmo de las compresiones y el 96% no conocía la profundidad.
4. Pichel López M, et al. Tras la realización de una breve formación teórica y práctica, el porcentaje de maestros que hace bien la secuencia de RCP aumentó del 1,2% al 46%.
5. Chatzistougianni P, Tsotridou E, Dimitriadou M, Christoforidis A. realizaron un estudio en Grecia, en el cual los profesores afirmaban tener ansiedad al tener un alumno diabético. De 375 maestros, el 75,7% declaró que la escuela no tomó medidas especiales para el alumno diabético.
6. Carral San Laureano F, et al seleccionaron 765 profesores. El 43,2% ha tenido alumnos con diabetes tipo 1 (DM1) y únicamente el 0,8% había recibido formación sobre la diabetes.
7. Alhejaili AS, Alghamdi RA, Al Dubai SAR. Realizaron un estudio a Arabia Saudita y escogieron a 302 maestras. Sólo el 30,5% había realizado previamente un curso de reanimación pulmonar.
8. Juliá-Benito JC, et al. Participaron más de dos mil docentes. El 97% afirmó saber qué es el asma, sin embargo, el 82,8% no sabría cómo actuar en caso de anafilaxia o no sería capaz de administrar los fármacos necesarios (87,6%).

9. En el artículo de Dursun A, et al, realizado en Turquía, un tercio de los encuestados manifestó haber recibido formación en SVB, aunque dicha capacitación no estaba enfocada en los niños.

10. Wubet Taklual W, Mekie M and Yenew C, encontró en su estudio que el 54,2% de los participantes no tenían conocimientos sobre Primeros Auxilios.

11. En el estudio de Gómez Silva G, et al. seleccionan 244 profesores, de los cuales el 60% tenía en el aula al menos un alumno con una enfermedad crónica. La mayoría ellos se muestran inseguros y con miedo en el abordaje de una agudización de una enfermedad crónica, siendo su mayor preocupación no saber actuar ante una situación de emergencia vital y causar más daño.

12. EL estudio Jorge-Soto C, et al. Demuestra que un programa de capacitación basado en sesiones teóricas y prácticas con un instructor, mejora la práctica de RCP y los sentimientos de los docentes.

Discusión y Conclusiones:

Existen deficiencias en la formación de los profesores; muestran unos conocimientos deficientes. La situación en las escuelas está lejos de ser segura para los niños.

Es un problema de carácter global, pues se evidencia en la publicación de diversos estudios en distintos contextos geográficos.

Una vez que los profesores se encuentren en activo, se deberían impartir cursos periódicos que los ayuden a no perder los conocimientos, pues mucho de ellos sobreestiman sus habilidades.

Los sentimientos que predominan en los docentes ante una emergencia, son el miedo y la ansiedad, por no saber actuar o causar más perjuicio, la inseguridad por falta de conocimientos, y el temor a las repercusiones legales.

Tras la realización de un sencillo y breve programa, los profesores son capaces de llevar a cabo la secuencia de RCP básica y aplicar compresiones con una calidad equiparable a la de los profesionales sanitarios.

Bibliografía

1.- Fundación Mapfre. Accidentes en la población infantil española. Aepap [Internet]. 2014 [citado 20 May 2021]. Disponible en: <http://spapex.es/sites/default/files/grupo.pdf>

2.- Valdés Pacheco E, Ferrer Liranza N, Ferrer Liranza A. Accidentes en los niños, un problema de salud actual: Revisión bibliográfica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 [citado 20 May 2021]; 12 (3): 279-283. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300012&lng=es.

3.- Martín Figueredo M, et al. Experiencias de los profesores de instituto ante una situación de emergencia. Med fam Andal [Internet]. 2016 [citado 20 May 2021]; 17 (2): 170 – 178. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/07/v17n2.pdf>

4.- Blom MT, Beesems SG, Homma PC, Zijlstra JA, Hulleman M, van Hoeijen DA, et al. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators. Circulation [Internet]. 2014 [citado 20 May 2021]; 130(21):1868-75. Disponible en: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010905

5. Fundación Mapfre. Conocimiento de la sociedad española en maniobras básicas de soporte vital y actitud ante las emergencias. SEMES [Internet]. 2018 [citado 20 Mayo 2021]. Disponible en: https://app.mapfre.com/documentacion/pt/catalogo_imagenes/grupo.do?path= 1098844

Capítulo 160

Principales dificultades en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en mayores de 55 años

López Juárez, M^a Pilar

PRINCIPALES DIFICULTADES EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN MAYORES DE 55 AÑOS



López Juárez, MP

INTRODUCCIÓN

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas que los adultos realizan diariamente y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella.

En la planificación de cuidados enfermeros, necesitamos conocer el nivel de dificultad encontrado a la hora de llevar a cabo las ABVD más comunes (alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse).

OBJETIVOS

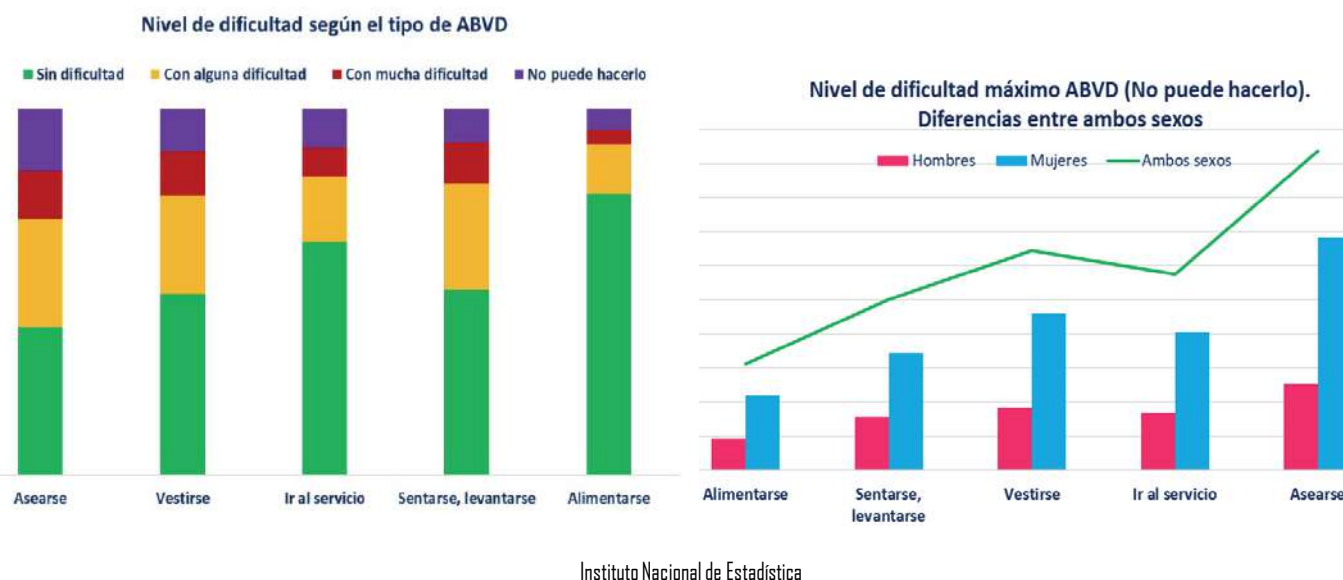
1. Conocer el grado de dificultad manifestado a la hora de llevar a cabo las ABVD más comunes por los mayores de 55 años.
2. Comparar si existen diferencias entre sexos a la hora de realizar las ABVD definidas.
3. Determinar qué ABVD resulta más compleja en los mayores de 55 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Método: Revisión sistemática. Necesidades o problemas: Dificultades para llevar a cabo las ABVD. Población identificada: Adultos mayores de 55 años de ambos sexos. Recogida de información:

- Encuesta Europea de Salud 2020.
- Búsqueda en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre actividad física, educación sanitaria y población adulta. Publicaciones con antigüedad máxima de 5 años. Términos MeSH: Activities of Daily Living, Nursing Care, Frail Elderly

RESULTADOS



CONCLUSIONES

1. La ABVD valorada con mayor grado de dificultad (hasta el punto de no poder hacerlo) es el aseo.
2. En todas las ABVD existen diferencias significativas entre ambos sexos en el ítem de mayor nivel de dificultad (no puede hacerlo), siendo siempre las mujeres las que mayor nivel de dificultad.
3. Las ABVD en las que los mayores de 55 años encuestados presentan mayores dificultades son asearse, vestirse y sentarse o levantarse de una silla o de una cama. En el polo opuesto, alimentarse es la ABVD donde menos dificultades presentan.

Resumen: Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas que los adultos realizan diariamente para vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella.

En la planificación de cuidados enfermeros, necesitamos conocer el nivel de dificultad encontrado a la hora de llevar a cabo las ABVD más comunes (alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse) y si existen diferencias significativas entre sexos a la hora de valorar la dificultad encontrada para llevar a cabo las mismas.

Palabras Clave: Activities of Daily Living, Adults, Frail Elderly.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas que los adultos realizan diariamente y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella.

En la planificación de cuidados enfermeros, necesitamos conocer el nivel de dificultad encontrado a la hora de llevar a cabo las ABVD más comunes (alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse).

Objetivo:

1. Conocer el grado de dificultad manifestado a la hora de llevar a cabo las ABVD más comunes por los mayores de 55 años.
2. Comparar si existen diferencias entre sexos a la hora de realizar las ABVD definidas.
3. Determinar qué ABVD resulta más compleja en los mayores de 55 años.

Metodología:

Método: Revisión sistemática.

Necesidades o problemas: Dificultades para llevar a cabo las ABVD.

Población identificada: Adultos mayores de 55 años de ambos sexos.

Recogida de información:

- Encuesta Europea de Salud 2020.

- Búsqueda en Medline, Pubmed y Biblioteca Cochrane sobre actividad física, educación sanitaria y población adulta. Publicaciones con antigüedad máxima de 5 años. Términos Mesh: Activities of Daily Living, Nursing Care, Frail Elderly

Resultados:

La aparición de cierto grado de dificultad a la hora de llevar a cabo alguna o varias ABVD suele estar ligado al deterioro en la capacidad funcional que se produce en el proceso de envejecimiento. Conocer en qué actividades se presentan dificultades y cuánto incapacita a la persona, será fundamental a la hora de planificar los cuidados enfermeros.

El menor nivel de dificultad manifestado es el ítem “Sin dificultad”, siendo Alimentarse la ABVD considerada con menor dificultad por el mayor número de encuestados. La ABVD que obtiene menos puntuación en este ítem es Asearse.

En el polo opuesto, el mayor nivel de complejidad viene determinado por el ítem “No puede hacerlo”, siendo Asearse la ABVD que obtiene mayor puntuación en este nivel (en línea con lo descrito con anterioridad). De igual manera, la menor puntuación obtenida en el más elevado nivel de complejidad es la obtenida por la ABVD Alimentarse.

Por tanto, sólo teniendo en cuenta los niveles de dificultad extremos (“sin dificultad” frente a “no puede hacerlo”), vemos que Alimentarse es la ABVD que presenta menor grado de dificultad para un mayor número de encuestados.

A la hora de comparar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, encontramos más del doble de respuestas del género femenino manifestando un mayor nivel de dificultad a la hora de llevar a cabo cualquiera de las ABVD estudiadas.

Si comparamos los resultados obtenidos entre sexos y tipo de ABVD, manifiestan “no poder hacerlo”:

- Alimentarse: el 70,2% de los resultados obtenidos corresponde a mujeres, frente a un 29,8% que corresponde al género masculino.

- Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse: 68,7% de mujeres frente a 31,3% de los hombres.

- Vestirse: el 71,4% de los encuestados que manifiestan no poder llevar a cabo esta ABVD son mujeres, frente al 28,6% de los hombres.

- Ir al servicio: Más del doble de los encuestados que no pueden llevar a cabo esta ABVD son mujeres (70,7% frente a 29,3%).

- Asearse: 3 de cada 4 encuestados que manifiestan no poder llevar a cabo el aseo son del género femenino (73% frente a 27%).

Conclusiones:

- 1.- La ABVD valorada con mayor grado de dificultad (hasta el punto de no poder hacerlo) es el aseo.

- 2.- En todas las ABVD existen diferencias significativas entre ambos sexos en el ítem de mayor nivel de dificultad (no puede hacerlo), siendo siempre las mujeres las que mayor nivel de dificultad.

- 3.- Las ABVD en las que los mayores de 55 años encuestados presentan mayores dificultades son asearse, vestirse y sentarse o levantarse de una silla o de una cama. En el polo opuesto, alimentarse es la ABVD donde menos dificultades presentan.

Bibliografía

1.- Nivel de dificultad según el tipo de ABVD por sexo y grupo de edad. Población de 55 y más años. (Identificador API: /t15/p420/a2019/p04/I0/10006.px) - Conjunto de datos [Internet]. Datos.gob.es. 2022 [último acceso 11 mayo 2022]. Disponible en: <https://datos.gob.es/es/catalogo/ea0010587-nivel-de-dificultad-segun-el-tipo-de-abvd-por-sexo-y-grupo-de-edad-poblacion-de-55-y-mas-anos-identificador-api-t15-p420-a2019-p04-I0-10006-px>

2.- Ayala A, Pujol R, Forjaz MJ, Abellán A. Comparación de métodos de escalamiento de actividades de la vida diaria en personas mayores [Comparison of scaling methods for activities of daily living in older people]. Gac Sanit. 2019 Nov-Dec;33(6):511-516. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.011. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30392648.

3.- Nieto Rojas I, Valiente Maresca P, Alarcón Escalonilla AI, Almenara Rescalvo C, Mota Santana R, Orueta Sánchez R. Riesgo de declive funcional en pacientes ancianos no institucionalizados [Functional decline risk in elderly patients not institutionalized]. Semergen. 2019 Sep;45(6):390-395. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2019.01.002. Epub 2019 Mar 18. PMID: 30898486.

Capítulo 161

Problemas de salud en la mujer. La depresión posparto

*Serrano Rodrigo, Cristina
Díaz Rincón, Laura María*

PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER: LA DEPRESIÓN POSTPARTO

INTRODUCCIÓN

Dentro de las complicaciones más frecuentes en el Postparto (PP) se encuentra la Depresión Postparto (DPP). La cual es un trastorno de depresión mayor que puede ocurrir en las 4 primeras semanas PP. **Afecta alrededor de un 15 % de las mujeres después del parto.** Es por ello que realizar una detección precoz es responsabilidad del personal sanitario ya que son los que van a establecer estrecha relación con las gestantes/parturientas y sus familias, y pueden observar y detectar factores de riesgo de la DPP.

CLASIFICACIÓN, FACTORES DE RIESGO, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

Se pueden clasificar los tipos de depresión en el PP según gravedad en:

- **Tristeza puerperal o baby blues**
- **Depresión postparto**
- **Psicosis postparto**



DEBEN ESTAR PRESENTES AL MENOS 2 SEMANAS

Algunos síntomas son: Tristeza o llanto persistente, Insomnio e irritabilidad, Ansiedad, Falta de apego al bebé

FACTORES DE RIESGO

Antecedentes de depresión, Ansiedad, Estrés, Nivel socioeconómico bajo, **Falta de apoyo**

Fármacos antidepressivos



Psicoterapia



TRATAMIENTO

OBJETIVO

La depresión postparto como determinante de salud en la mujer

MATERIAL Y MÉTODOS



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



PUBMED, SCIELO, DIALNET, SCOPUS



SIN RESTRICCIÓN TEMPORAL



- "Depresión postparto"
- "Periodo postparto"
- "Depression, Postpartum"



MUJERES EN RIESGO DE DPP

RESULTADOS

En el PP una mujer **tiene que demostrar una gran fortaleza psicológica**, ya que va a ser sometida a grandes presiones **produciéndole un estado de ansiedad y culpabilidad** que sumado a un déficit de preparación para asumir las emociones y los cuidados requeridos sumado a los factores de riesgo a los que se enfrentan las mujeres son determinantes para **indicar un riesgo alto o bajo de DPP**. Durante los **controles de rutina en Atención Primaria (AP)** se tiene que tener especial **atención a las alteraciones** de comportamiento. La **DPP** puede desencadenarle un estado continuo de inestabilidad a la madre, **manifestando un apego inseguro**, por lo cual **el vínculo** que se tendría que desarrollar **entre la madre y su bebe no se da**. Todo esto tiene una asociación directa hacia un deterioro cognitivo a largo plazo y numerosos problemas de comportamiento en los niños. Con respecto a otras líneas de tratamientos podemos encontrar la **Psicoprofilaxis Obstétrica o educación maternal** con la cual se busca crear una relación terapéutica de seguridad entre la matrona y la gestante, para que obtenga conocimientos para hacer frente al estrés desde un enfoque más psicológico. Otra línea sería el **ejercicio físico** ya que es beneficioso y fácil de realizar. Puede ser una actividad que pueden realizar de forma continua como el **Pram-Walking**. La **psicoeducación es el más utilizado en AP**, consiste en explicar a la madre las características de la depresión dejando claro que tiene una etiología multifactorial. Se tiene que explicar a ambos miembros de la pareja y fomentar la integración de la familia en la responsabilidad de los cuidados, ya que casi el 50% no tienen ayuda por parte de su entorno.

CONCLUSIONES

Hay numerosos factores de riesgo que influyen, siendo el apoyo familiar clave. Desde AP se tiene que **hacer un cribado** para detectar la primera sintomatología de la **DPP la cual dificulta el vínculo madre-hijo**. Las principales intervenciones enfermeras que se emplean son: **la Psicoprofilaxis obstétrica, el ejercicio físico y la Psicoeducación**.

Resumen: La Depresión Postparto (DPP) es un trastorno de depresión mayor que afecta alrededor de un 15% a las mujeres en el postparto (PP). Se caracteriza por tristeza, llanto persistente, falta de apego con el bebé... Actualmente el tratamiento de la DPP está dirigido a la combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapias. Es por ello que realizar una detección precoz es responsabilidad del personal sanitario sobre todo en Atención Primaria ya que son los que van a establecer estrecha relación con las gestantes/parturientas y sus familias, y pueden observar y detectar factores de riesgo de la DPP.

Palabras Clave: Depresión postparto, Periodo postparto, Depression, postpartum

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Cuando hablamos de la DPP se crean incógnitas y esto es debido a una laguna de conocimientos que se presenta en la sociedad, ya que durante siglos el “rol de cuidador” ha sido asumido por parte de las mujeres.

Se pueden clasificar los tipos de depresión en el PP según gravedad en: Tristeza puerperal o baby blues, Depresión postparto y Psicosis postparto. La DPP es un trastorno de depresión mayor que puede ocurrir en las 4 primeras semanas del PP. Afecta alrededor de un 15% y este porcentaje se eleva en los casos de madres adolescentes y niveles socioeconómicos desfavorables. Algunos factores de riesgo son: antecedentes de depresión y ansiedad, estrés, falta de apoyo... Algunos síntomas son: tristeza, llanto persistente, ansiedad, dificultades con su nuevo rol.... Estos síntomas deben estar presentes al menos dos semanas. Actualmente el tratamiento está dirigido a la combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapias.

Estas alteraciones del ánimo se pueden detectar por medio de diferentes escalas, para ello se emplea la escala de Depresión postnatal de Edimburgo, que se lleva a cabo en Atención Primaria (AP) principalmente.

En la actualidad, aunque se ha conseguido que el cuidado del bebé se lleve entre ambas partes, en la sociedad aún se supone que las mujeres tienen que hacer el papel de “madre perfecta” y cuando no es así puede conducir a una DPP.

Objetivo:

La DPP como determinante de salud en la mujer.

Material y Método:

Se realizó una revisión sistemática con estudios obtenidos de bases de datos como Scopus, Pubmed, Dialnet y Scielo. Con palabras clave como “Postparto”, “Depresión postparto” tanto en inglés como en español y sin restricción de tiempo.

Resultado y Conclusiones:

Los factores de riesgo a los que se enfrentan las mujeres son determinantes para indicar un riesgo alto o bajo de DPP. No se sabe muy bien cuáles son los desencadenantes pues tiene una etiología multifactorial.

En el PP una mujer tiene que demostrar una gran fortaleza psicológica ya que va a ser sometida a grandes presiones, produciéndole un estado de ansiedad y culpabilidad que sumado a un déficit de preparación para asumir las emociones y los cuidados requeridos en el nacimiento desencadenan así la probabilidad de DPP. Los grupos de alto riesgo de padecer DPP son los grupos que tienen niveles socioeconómicos bajos. Puede no encontrarse el motivo de su desencadenamiento y ser tan severa que requiriera su hospitalización.

Durante los controles que se hacen de forma rutinaria en AP se tiene que tener especial atención a las molestias o alteraciones de comportamiento y ser conscientes de que la sintomatología es muy variada. Las matronas son las más adecuadas para hacer una detección temprana de esta patología, ya que van a establecer una relación directa y estrecha con las mujeres.

La gran mayoría de las mujeres que sufren DPP no buscan ayuda para hacerle frente. Muchas madres no manifiestan sus problemas por miedo a ser tachadas como “malas madres” y con la esperanza de que la situación mejore sola. La DPP puede desencadenarle un estado continuo de inestabilidad, manifestando un apego inseguro, por lo cual el vínculo que se tendría que desarrollar entre la madre y su bebe no se da. Todo esto tiene una asociación directa hacia un deterioro cognitivo a largo plazo y numerosos problemas de comportamiento en los niños, manifestando un aumento de la emocionalidad negativa y una alta reactividad de cortisol.

En las mujeres que sufren DPP hay dos puntos que juegan en contra de la detección temprana y en el tratamiento como son el negativismo y los puntos de vista inexactos que tienen las pacientes sobre su salud mental. Se ha puesto de manifiesto que la educación de salud mental en la población es escasa. Algunos estudios proponen que informar a las familias sobre la DPP durante el tercer trimestre de gestación puede reducir la intensidad de la sintomatología.

Con respecto a otras líneas de tratamientos podemos encontrar la Psicoprofilaxis Obstétrica o educación maternal con la cual se busca crear una relación terapéutica de seguridad y factible entre la matrona y la gestante. Lo que se pretende es que obtengan los conocimientos para poder hacer frente al estrés generado, así como problemas de depresión, entrando más en el enfoque psicológico, fomentando una intervención más temprana y eficaz. A su vez se pueden crear grupos para compartir experiencias y puede ser un ejercicio terapéutico muy beneficioso.

Otra perspectiva a tener en cuenta a la hora de la prevención sería el ejercicio físico ya que es beneficioso y fácil de realizar. Puede ser una actividad que pueden realizar de forma continua sin interrumpir sus actividades diarias como el *Pram-Walking*.

La psicoeducación es el más utilizado en AP, consiste en explicar a la madre las características de la depresión dejando claro que tiene una etiología multifactorial. Se tiene que explicar a ambos miembros de la pareja e insistir que la mujer volverá a ser ella misma. Es responsabilidad de las matronas fomentar la integración de la familia en la responsabilidad de los cuidados, ya que casi el 50% no tienen ayuda por parte de su entorno.

En conclusión, hay numerosos factores de riesgo que influyen, siendo el apoyo familiar clave. Desde AP se tiene que hacer un cribado para detectar la primera sintomatología de la DPP la cual dificulta el vínculo madre-hijo. Las principales intervenciones enfermeras que se emplean son: la Psicoprofilaxis obstétrica, el ejercicio físico y la Psicoeducación.

Bibliografía

- 1.- Camps MM. Atención Y Actuación De Enfermería Frente a La Depresión Postparto. MUSAS Rev Investig en Mujer, Salud y Soc [Internet]. 2017;2(1):57- 85. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368>
- 2.- Vázquez Lara JM, Rodríguez L. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Minist sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2015;353. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manua I_obstetricia_ginecologia.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manua%20I_obstetricia_ginecologia.pdf)
- 3.- Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. Birth. 2017;44(3):200-8.
- 4.- Lima da Motta CC, Ojeda Ocampo Moré CL. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta. Revista de Psicología 2006XV57-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415103>. Fecha de consulta: 5 de marzo de 2015.
- 5.- Suárez-Varela Varo Inmaculada. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto NURE Inv. [Internet]. 2012 [15 de febrero de 2015]; 9(60): [aprox. 40 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE60_proyecto_depresion_posparto.pdf

Capítulo 162

Queratitis Infecciosa como complicacion de Cirugía Refractiva (PRK)

*Mena Pedraza, Nuria
Calatrava Muñoz, Rosa Maria
Mora Hidalgo, Maria de los Reyes*

XIII Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

QUERATITIS INFECCIOSA COMO COMPLICACION DE CIRUGÍA REFRACTIVA (PRK)

MENA PEDRAZA, NURIA. CALATRAVA MUÑOZ, ROSA MARIA. MORA HIDALGO, MARIA DE LOS REYES

INTRODUCCION

La **PRK** (Photorefractive Keratectomy, Queratectomía fotorrefractiva) es una técnica de cirugía refractiva cuyo objetivo es corregir defectos refractivos (miopía, la hipermetropía y/o el astigmatismo) que impiden una buena visión. A pesar de ser una técnica de probada eficacia y seguridad, como en toda cirugía existe la posibilidad de complicaciones como la queratitis.

La **queratitis** es una inflamación de la córnea que puede estar o no asociado con infección. En caso de ser infecciosa esta podría ser bacteriana (estafilococo aereus, pneumococo, streptococo y pseudomona), vírica (virus Heres Simple tipo I), micóticas (cándida albicans y aspergillus) o por acanthamoeba.

Objetivo:

- Diagnosticar las complicaciones de la PRK.
- Tratar de manera precoz las complicaciones de esta cirugía para su recuperación.

OBSERVACION CLINICA

Mujer de 63 años, pseudofáquica, intervenida de cirugía láser corneal previa PRK en ambos ojos, acude a consulta con el ojo izquierdo rojo doloroso de dos días de evolución. Presenta agudeza visual de cuenta dedos. En la exploración, se observa edema palpebral blando, hiperemia ciliar y absceso corneal paracentral de 3mm, epitelio edematoso y friable, edema estromal central con pliegues desceméticos (Foto 1 y 2).

Se realiza desbridamiento epitelial, tomando muestras para cultivo bacteriológico y hongos (negativo).

Se aplica y pauta tratamiento con amikazina, moxifloxacino, ciclopléjico, minociolina 100mg y lágrima artificial.

Ante la lenta evolución del cuadro inflamatorio, se sustituye el tratamiento antibiótico previo por ceftazidima y ciprofloxacino, se pauta fluorometolona para disminuir la reacción inflamatoria. (Foto 3 y 4).

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar y disponer el campo estéril para el Oftalmólogo con el todo el material quirúrgico.
3. Realizar el lavado de manos aséptico y la colocación de bata y guantes estériles.
4. Limpiar la herida con suero fisiológico, para arrastrar residuos sin dañar el tejido, secando con hemostetas estériles a toques sin arrastrar, y posteriormente, el tratamiento anteriormente citado. (Foto 2).
5. Recomendar el uso de gafas de protección solar y ocular, para evitar la entrada de cualquier partícula de polvo o riesgo mecánico.



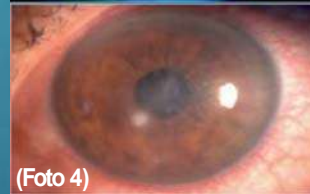
(Foto 1)



(Foto 2)



(Foto 3)



(Foto 4)

NANDA	NOC	NIC
00044 Deterioro De La Integridad Tisular	1103 Curación de la herida: 1º, 2º intención 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1650 Cuidados de los ojos 3590 Vigilancia de la piel
00132 Dolor Agudo	1605 Control del dolor 02102 Nivel del dolor 3001 Satisfacción del paciente: cuidados	2310 Administración de medicación: oftálmica
00126 Conocimientos Deficientes	1808 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: medicación	2380 Manejo de la medicación 2300 Administración de medicación
00161 Disposición Para Mejorar Los Conocimientos	1823 Conocimiento: fomento de la salud	5602 Enseñanza del proceso de enfermedad 5618 Enseñanza del procedimiento o tratamiento 5606 Enseñanza individual 5607 Asesoramiento 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Dos semanas tras el inicio del cuadro, la paciente presenta mínima hiperemia, desaparición del edema corneal, infiltrado estéril y sin reacción inflamatoria en cámara anterior. (Foto 5)

Actualmente se encuentra en tratamiento con ciprofloxacino y fluorometolono hasta resolución del infiltrado corneal, con agudeza visual de 0,2 (escala decimal). Dado que la queratitis es una complicación con consecuencias visuales graves, se recomienda la quimioprofilaxis con antibióticos tópicos en el postoperatorio para evitarla, así como las revisiones postoperatorias adecuadas.



(Foto 5)

BIBLIOGRAFIA

Duré, C. Utilidad diagnóstica de la coloración de Gram para las queratitis infecciosas. *Revista Científica de la UCSA*, 4(3), 12-19. [https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017_004\(03\)012-019](https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017_004(03)012-019)

Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/keratitis/diagnosis-treatment/drc-20374> | 14

Resumen: La cirugía refractiva corneal con láser es el procedimiento de elección para la corrección de los defectos de refracción para evitar la dependencia de gafas o lentes de contacto.

Dentro de los procedimientos de cirugía refractiva, destacamos dos técnicas, la del LASIK (laser assisted in situ keratomileusis), técnica preferida por los oftalmólogos, debido a la rápida rehabilitación visual y su baja tasa de complicaciones y la técnica de ablación de superficie -fotoqueratectomía refractiva (PRK)-, que tiene ausencias de complicaciones con el lentículo, alta eficacia y seguridad, la aparición de una queratitis infecciosa, aunque rara, es una complicación posible y potencialmente grave.

Palabras Clave: Queratitis, Cuidados de enfermería, Úlcera de la córnea

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La PRK (Photorefractive Keratectomy, Queratectomía fotorrefractiva) es una técnica de cirugía refractiva cuyo objetivo es corregir defectos refractivos (miopía, la hipermetropía y/o el astigmatismo) que impiden una buena visión. A pesar de ser una técnica de probada eficacia y seguridad, como en toda cirugía existe la posibilidad de complicaciones como la queratitis.

La queratitis es una inflamación de la córnea que puede estar o no asociado con infección. En caso de ser infecciosa esta podría ser bacteriana (estafilococo aereus, pneumococo, streptococo y pseudomona), vírica (virus Heres Simple tipo I), micóticas (cándida albicans y aspergillus) o por acanthamoeba.

Objetivo:

- Diagnosticar las complicaciones de la PRK.
- Tratar de manera precoz las complicaciones de esta cirugía para su recuperación.

Observación Clínica:

S Mujer de 63 años, pseudofáquica, intervenida de cirugía láser corneal previa PRK en ambos ojos, acude a consulta con el ojo izquierdo rojo doloroso de dos días de evolución. Presenta agudeza visual de cuenta dedos. En la exploración, se observa edema palpebral blando, hiperemia ciliar y absceso corneal paracentral de 3mm, epitelio edematoso y friable, edema estromal central con pliegues desceméticos.

Se realiza desbridamiento epitelial, tomando muestras para cultivo bacteriológico y hongos (negativo).

Se aplica y pauta tratamiento con amikazina, moxifloxacino, ciclopléjico, minociclina 100mg y lágrima artificial.

Ante la lenta evolución del cuadro inflamatorio, se sustituye el tratamiento antibiótico previo por ceftazidima y ciprofloxacino, se pauta fluormetolona para disminuir la reacción inflamatoria.

Plan de Cuidados Enfermero:

1. Explicar el procedimiento de la intervención al paciente.
2. Preparar y disponer el campo estéril para el Oftalmólogo con el todo el material quirúrgico.
3. Realizar el lavado de manos aséptico y la colocación de bata y guantes estériles.
4. Limpiar la herida con suero fisiológico, para arrastrar residuos sin dañar el tejido, secando con hemostetas estériles a toques sin arrastrar, y posteriormente, el tratamiento anteriormente citado. (Foto 2).
5. Recomendar el uso de gafas de protección solar y ocular, para evitar la entrada de cualquier partícula de polvo o riesgo mecánico.

NANDA; 00044 Deterioro De La Integridad Tisular

NOC;

1103 Curación de la herida: 1o, 2o intención

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC;

1650 Cuidados de los ojos

3590 Vigilancia de la piel

NANDA; 00132 Dolor Agudo

NOC;

1605 Control del dolor

02102 Nivel del dolor

3001 Satisfacción del paciente: cuidados

NIC;

2310 Administración de medicación: oftálmica

NANDA; 00126 Conocimientos Deficientes

NOC;

1808 Conocimiento: proceso de la enfermedad

1808 Conocimiento: medicación

NIC;

2380 Manejo de la medicación

2300 Administración de medicación

NANDA; 00161 Disposición Para Mejorar Los Conocimientos

NOC; 1823 Conocimiento: fomento de la salud

NIC;

5602 Enseñanza del proceso de enfermedad

5618 Enseñanza del procedimiento o tratamiento

5606 Enseñanza individual

5607 Asesoramiento

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

Discusión y Conclusiones:

Dos semanas tras el inicio del cuadro, la paciente presenta mínima hiperemia, desaparición del edema corneal, infiltrado estéril y sin reacción inflamatoria en cámara anterior.

Actualmente se encuentra en tratamiento con ciprofloxacino y fluorometolono hasta resolución del infiltrado corneal, con agudeza visual de 0,2 (escala decimal). Dado que la queratitis es una complicación con consecuencias visuales graves, se recomienda la quimioprofilaxis con antibióticos tópicos en el postoperatorio para evitarla, así como las revisiones postoperatorias adecuadas.

Bibliografía

1.- Duré, C. Utilidad diagnóstica de la coloración de Gram para las queratitis infecciosas. Revista Científica de la UCSA, 4(3), 12-19. [https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(03\)012-019](https://dx.doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(03)012-019)

2.- Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.a edición <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/keratitis/diagnosis-treatment/drc-20374114>

3.- Castro Cárdenas Karyna, López Hernández Silvia María, Rodríguez Rivero Darlen, Tápanes Fernández Thelma, Hormigó Puertas Iraisly, Perea Carlos Alberto. Características clínicas y epidemiológicas de la queratitis infecciosa en operados de queratoplastia penetrante óptica. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2013 Dic [citado 2022 Mayo 29] ; 26(3): 379-389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762013000300004&lng=es.

Capítulo 163

Rabdiomiolisis: Comparativa entre la provocada por dispositivos de electroestimulación y la deportiva

*Ruiz Sánchez de León, Fermín
Arroyo Martínez, Esther
González Segura, Ana
Ruiz Sánchez de León, Inmaculada del Carmen*

Rabdomiolisis: comparativa entre la provocada por dispositivos de electroestimulación y la deportiva

Fermín Ruiz Sánchez de León, Esther Arroyo Martínez, Ana González Segura, Inmaculada del Carmen Ruiz Sánchez de León

Introducción:

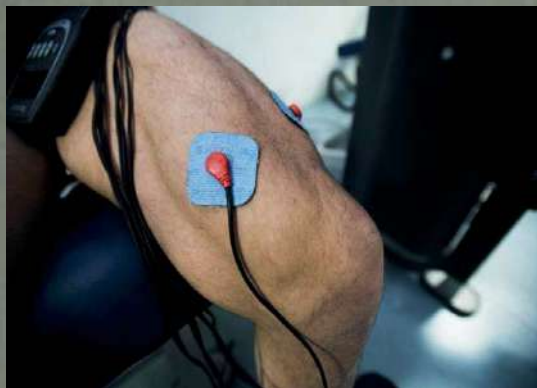
La rabdomiolisis es una enfermedad provocada por la destrucción del tejido muscular y la liberación del contenido de las células al torrente sanguíneo.

Puede deberse a endocrinopatías, ejercicio físico, fármacos, infecciones, miopatías primarias o traumatismos.



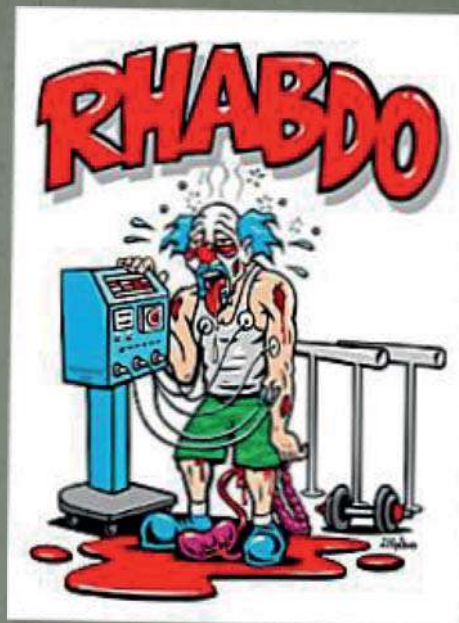
Material y métodos:

Revisión bibliográfica a través de Google académico, Medline, Pubmed, Scielo y Elsevier con un rango de publicación desde el 2014 al 2022. Los artículos eran del tipo cualitativo y cuantitativo y revisiones sistemáticas que cumplen los criterios de inclusión.



Conclusiones:

Probablemente en el futuro aumenten el número de casos de rabdomiolisis desencadenados por un mal uso de dispositivos de electroestimulación. Debido a la poca bibliografía no se puede establecer una clara correlación que limite o desaconseje el uso de estos aparatos empleándolos solos o durante el ejercicio físico, pero si debe darse información para reducir el riesgo de rabdomiolisis.



Objetivos:

Establecer mediante una revisión bibliográfica la correlación entre la rabdomiolisis y alguno de sus principales desencadenantes como el ejercicio físico o los dispositivos de electroestimulación

Resultados:

Al emplear la electroestimulación muscular y el ejercicio se puede hacer de tres maneras: en conjunto al mismo tiempo el ejercicio y la electroestimulación en una zona en específico o en el cuerpo entero; combinar ambos pero en distintos momentos y por último usar la electro estimulación muscular pero sin realizar ejercicio.

Entre los casos de rabdomiolisis declarados se encuentra una persona que no realizaba ejercicio físico frecuentemente pero si usaba de forma asidua aparatos de electroestimulación, otros cuadros surgen a raíz de gente que no entrenaban normalmente y realizaron una sesión de entrenamiento físico intenso sin una preparación previa adecuada provocando un sobreesfuerzo que desencadenó en la aparición de un cuadro de rabdomiolisis y en el último tipo de caso encontramos aquellas personas que realizaron conjuntamente ejercicio físico acompañado de dispositivos de electroestimulación.

Resumen: *La rabdomiolisis es un síndrome clínico desencadenado de la destrucción del tejido muscular y la liberación del contenido intracelular al torrente sanguíneo.*

Las principales causas que pueden desencadenar este síndrome se encuentran las alteraciones endocrinológicas, el ejercicio físico, los fármacos, las infecciones, las miopatías primarias o los traumatismos.

Por lo general, solían aparecer debido a periodos de actividad física muy intensa en cortos periodos de tiempo o debido largos espacios de tiempo de inmovilización pero en los últimos tiempos ha aparecido a consecuencia a un uso excesivo de los dispositivos de electroestimulación.

Palabras Clave: *Rabdomiolisis, Ejercicio físico, Electroestimulación*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Aunque se trata de una enfermedad que ha podido estar presente a lo largo de los últimos siglos, no fue hasta 1941 cuando Bywaters y Beall hicieron una descripción muy ajustada de esta enfermedad, ya que advirtieron que muchas víctimas que murieron aplastadas por el bombardeo a Londres en la II Guerra Mundial presentaban muchos signos y síntomas comunes en esta enfermedad.

Las manifestaciones clínicas se presentan por lo general en una tríada de dolor muscular y debilidad, una elevación enzimática de creatininfosfoquinasa (CPK) y coluria. Aunque pueden aparecer otros síntomas más inespecíficos como dolor abdominal, fiebre, malestar general, náuseas, taquicardia o vómitos. Posiblemente su baja incidencia se pueda deber a un infra diagnóstico. Su tratamiento se enfoca principalmente en proporcionar una adecuada hidratación para evitar la insuficiencia renal o controlar posibles alteraciones electrolíticas como la hiperpotasemia la cual puede provocar arritmias cardíacas como taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o asistolia; en los casos más graves desemboca en una acidosis metabólica y la muerte.

En esta revisión bibliográfica nos centraremos dentro de los factores predisponentes en el ejercicio físico y otro de más reciente aparición como es el sobre esfuerzo muscular causado por los aparatos de electroestimulación.

El ejercicio físico se define según la OMS como "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, dicha actividad siempre mejora la salud ya sea moderada o intensa. Entre los tipos de ejercicio físico encontramos el aeróbico, de resistencia o isométrico, de fortalecimiento de huesos o de flexibilidad.

La electroestimulación es un procedimiento aplicado desde hace décadas en el ámbito del entrenamiento y sobretodo de la rehabilitación y consiste en la contracción involuntaria de los músculos usando la electricidad. Se puede aplicar de forma no invasiva mediante el uso de electrodos superficiales (TENS) o por medio de agujas (electro acupuntura). Cuando se emplea a través de electrodos se puede dar una electroestimulación muscular que significa contraer los músculos de forma directa o una electroestimulación neuromuscular en la que se contrae el músculo de forma indirecta mediante la activación de las ramas terminales de los axones neurales.

Objetivo:

Principal es establecer la correlación entre la rabdiomiolisis y alguno de sus principales desencadenantes como el ejercicio físico o los dispositivos de electroestimulación.

Materiales y Metodología:

Empleadas en esta revisión bibliográfica fueron una búsqueda a través de Google académico, Medline, Pubmed, Scielo y Elsevier con un rango de publicación desde el 2014 al 2022. Los artículos eran del tipo cualitativo y cuantitativo y revisiones sistemáticas que cumplen los criterios de inclusión como que estuviesen redactados en castellano, se ajustasen adecuadamente al contenido tratado y que estuviesen publicados en revistas de rigor científico.

Resultados:

Los resultados obtenidos indicaron que al emplear la electroestimulación muscular y el ejercicio se puede hacer de tres maneras: en conjunto al mismo tiempo el ejercicio y la electroestimulación en una zona en específico o en el cuerpo entero; combinar ambos, pero en distintos momentos y por último usar la electro estimulación muscular, pero sin realizar ejercicio.

Entre los casos de rabdiomiolisis declarados se encuentra una persona que no realizaba ejercicio físico frecuentemente pero si usaba de forma asidua aparatos de electroestimulación, otros cuadros surgen a raíz de gente que no entrenaban normalmente y realizaron una sesión de entrenamiento físico intenso sin una preparación previa adecuada provocando un sobreesfuerzo que desencadenó en la aparición de un cuadro de rabdiomiolisis y en el último tipo de caso encontramos aquellas personas que realizaron conjuntamente ejercicio físico acompañado de dispositivos de electroestimulación.

Conclusiones:

Que arrojaron estos datos fueron que probablemente en el futuro aumenten el número de casos de rabdiomiolisis desencadenados por un mal uso de dispositivos de electroestimulación. Debida a la poca bibliografía no se puede establecer una clara correlación que limite o desaconseje el uso de estos aparatos empleándolos solos o durante el ejercicio físico, pero si debe darse información para reducir el riesgo de rabdiomiolisis.

Bibliografía

- 1.- Moreno EP. "Caso clínico: Rabdomiólisis causada por chaleco de electroestimulación en sesión de fitness." *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2017;71:93-99.
- 2.- Herrero AJ., et al. "Posicionamiento de la National Strength and Conditioning Association Spain: entrenamiento con electroestimulación de cuerpo completo." *Revista andaluza de medicina del deporte*. 2015;8.4:155-162
- 3.- Ruiz Sada P, et al. "Rabdomiólisis asociada a electroestimulación muscular." *Galicia Clínica*. 2015;76.4:188-188.
- 4.- Boteanu A, Braña Cardeñosa A and Espejo A. "Rabdomiólisis secundaria al uso de electroestimulación muscular." *Acta Reumatológica*. 2014;1.2:45-48.

Capítulo 164

RCP en la gestante

*Torres Torres, Rosario
Jiménez Ramos, Carmen*

RCP EN LA GESTANTE

AUTORAS: TORRES TORRES, ROSARIO; JIMENEZ RAMOS, CARMEN

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria es un hecho poco frecuente durante la gestación. A pesar de ello en los últimos años se ha ido incrementando su probabilidad, pasando de 1/30000 a 1/12000 casos. Esto es debido al aumento de la edad materna y de las comorbilidades asociadas a la gestación.

A las causas que pueden desencadenar la parada cardiorrespiratoria en la población general, se añaden otras propias de la gestación, tales como: preeclampsia, síndrome de HELLP, hemorragia, embolia de líquido amniótico, miocardiopatía periparto, complicaciones farmacológicas...

La parada cardiorrespiratoria en la mujer embarazada es una situación especial ya que encontramos dos vidas en juego.

La gestación conlleva una serie de cambios fisiológicos que van a condicionar la actuación durante la reanimación cardiopulmonar (RCP):

- Aumento del tamaño del útero que desplaza el diafragma hacia arriba y el corazón hacia delante-arriba-izquierda
- Compresión aorto-cava en posición supina que puede comprometer el flujo útero-placentario y dificultar el retorno venoso.
- Aumento del gasto cardiaco.
- Disminución de las resistencias vasculares periféricas, lo que conlleva hipotensión.
- Relajación del esfínter esofágico aumentando el riesgo de aspiración.
- Reducción de la capacidad residual funcional y aumento del consumo de oxígeno, responsables de un desarrollo rápido de hipoxemia en respuesta a la hipoventilación o apnea.
- Edema de las vías aéreas superiores y mayor friabilidad que dificultan y aumentan el riesgo de sangrado durante la intubación.

OBJETIVO

Conocer las peculiaridades de la RCP durante la gestación.

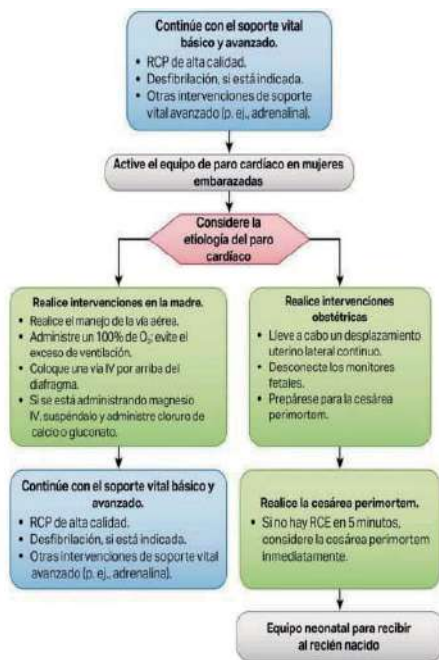
MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, UpToDate. Consulta de guías de práctica clínica: ERC, AHA.

PALABRAS CLAVES

RCP, Parada cardiorrespiratoria, gestación.

Algoritmo de soporte vital avanzado intrahospitalario para el paro cardíaco en el embarazo.



Paro cardíaco en una mujer embarazada

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir el suministro de RCP de alta calidad y alivio de compresión aorto-cava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea perimortem es mejorar los resultados maternos y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea perimortem en 5 minutos, según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

Manejo avanzado de la vía aérea

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recurra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada

A: complicaciones con la anestesia.
 B: sangrado.
 C: cardiovascular.
 D: drogas.
 E: embolia.
 F: fiebre.
 G: causas generales no obstétricas del paro cardíaco (las H y las T).
 H: hipertensión.

RESULTADOS

Para la RCP en la gestante se siguen las mismas recomendaciones que en el paciente adulto, teniendo en cuenta:

- Edad gestacional menos de 20 semanas:** prima la vida materna. El tamaño uterino no condiciona el gasto cardiaco, no cesárea urgente.
- Entre la 20- 24 semanas:** continúa primando la vida materna. Plantearse cesárea emergente para mejorar las posibilidades de éxito de la RCP materna.
- A partir de la 24 semanas:** feto viable, se recomienda cesárea emergente para salvar la vida de la madre y del feto.

La supervivencia fetal es mayor si la extracción se realiza en los primeros 5 minutos de RCP sin éxito.

A partir de las 20 semanas mantener el desplazamiento manual hacia el lado izquierdo del útero para disminuir la compresión aorto-cava durante toda la RCP.



CONCLUSIONES

- La parada cardiorrespiratoria siempre supone una situación de emergencia.
- Es primordial una rápida actuación de un equipo multidisciplinar (miembros del equipo de obstetricia, anestesia, neonatología...) tanto como la actualización constante de las recomendaciones en la RCP de la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farida M, Jeejeebhoy, MD, Chair; Carolyn M. Zelop, MD; Steve Lipman, MD;Brendan Carvalho, MD; Jose Joglar, MD; Jill M. Mhyre, MD; Vern L. Katz, MD;Stephen E. Lapinsky, MB BCh, MSc; Sharon Einav, MD; Carole A. Warnes, MD;Richard L. Page, MD; Russell E. Griffin, LP, FP-C; Amish Jain, MD; Katie N. Dainty, PhD;Julie Arafah, RN, MS; Rory Windrim, MD; Gideon Koren, MD; Clifton W. Callaway, MD, PhD;on behalf of the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on CardiovascularDiseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. "Cardiac Arrest in Pregnancy. A Scientific Statement From the American Heart Association". (Circulation. 2015;132:1747-1773. DOI:10.1161/CIR.0000000000000300.)
2. Garsten Lott A*, Anatolij Truhla† r b.c, Annette Alfonso d, Alessandro Barelli e, Violeta Gonzalez-Salvado f, Jochen Hinkelbein g, Jerry P. Nolan h,i, Peter Paal j, Gavin D. Perkins k,l, Karl-Christian Thies m, Joyce Yeung k,j, David A. Zidekan n, Jasmeet Soar o, the ERC Special Circumstances Writing Group Collaborators. "European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances". RESUSCITATION 161 (2021) 152_219.
3. Philippa N. Soskin, MD, MPPA, Jennifer Yu, MD,*. "Resuscitation of the Pregnant Patient". Emerg Med Clin N Am - (2019) 0733-8627/19/9 2019 Elsevier
4. Marina Arróniz Gutiérrez, María del Carmen Calle Mena, Patricia Villa Gómez. "Recomendaciones para la RCP en la gestante". Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI. Número 10 – Segunda quincena de Mayo de 2021 – Página inicial: Vol. XVI; nº 10; 550.
5. Carolyn M Zelop, MD; Beth Bricker, MD (May. 2022) "Sudden cardiac arrest and death in pregnancy". UpToDate. Consulta 26/05/2022.

Resumen: La parada cardiorrespiratoria es un hecho poco frecuente durante la gestación. Es una situación especial ya que encontramos dos vidas en juego. Estar embarazada conlleva cambios fisiológicos que condicionan la actuación durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer las peculiaridades de la RCP durante la gestación.

Se deben seguir las mismas recomendaciones que en el paciente adulto teniendo en cuenta la edad gestacional porque la actuación cambiará en función de ésta.

Es primordial la rápida actuación de un equipo multidisciplinar que debe actualizar sus conocimientos constantemente para obtener los mejores resultados maternos y neonatales.

Palabras Clave: RCP, Parada cardiorrespiratoria, Gestación

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La parada cardiorrespiratoria es un hecho poco frecuente durante la gestación. A pesar de ello en los últimos años se ha ido incrementando su probabilidad, pasando de 1/30000 a 1/12000 casos. Este hecho es debido al aumento de la edad materna y de las comorbilidades asociadas a la gestación.

A las causas que pueden desencadenar la parada cardiorrespiratoria en la población general, se añaden otras propias de la gestación tales como: preeclampsia, síndrome de HELLP, hemorragia, embolia de líquido amniótico, miocardiopatía periparto, complicaciones farmacológicas...

La parada cardiorrespiratoria en la mujer embarazada es una situación especial ya que encontramos dos vidas en juego.

La gestación conlleva una serie de cambios fisiológicos que van a condicionar la actuación durante la reanimación cardiopulmonar (RCP):

- Aumento del tamaño del útero que desplaza el diafragma hacia arriba y el corazón hacia delante- arriba- izquierda.
- Compresión aorto- cava en posición supina que puede comprometer el flujo útero- placentario y dificultar el retorno venoso.
- Aumento del gasto cardíaco.
- Disminución de las resistencias vasculares periféricas, lo que conlleva hipotensión.
- Relajación del esfínter esofágico aumentando el riesgo de aspiración.
- Reducción de la capacidad residual funcional y aumento del consumo de oxígeno como responsables de un desarrollo rápido de hipoxemia en respuesta a la hipoventilación o apnea.
- Edema de las vías aéreas superiores y mayor friabilidad que dificultan y aumentan el riesgo de sangrado durante la intubación.

Objetivo:

Conocer las peculiaridades de la RCP durante la gestación.

Palabras Claves:

RCP, Parada cardiorrespiratoria, gestación.

Material y Métodos:

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, UpToDate.

Consulta de guías de práctica clínica: ERC, AHA.

Resultados:

Para la RCP en la gestante se siguen las mismas recomendaciones que en el paciente adulto, teniendo en cuenta:

- Edad gestacional menos de 20 semanas: prima la vida materna. El tamaño uterino no condiciona el gasto cardíaco, no cesárea urgente.
- Entre la 20-24 semanas: continúa primando la vida materna, plantearse cesárea emergente para mejorar las posibilidades de éxito de la RCP materna.
- A partir de la 24 semanas: feto es viable, se recomienda cesárea emergente para salvar la vida de la madre y del feto.

La supervivencia fetal es mayor si la extracción se realiza en los primeros 5 minutos de RCP sin éxito.

A partir de las 20 semanas mantener el desplazamiento manual hacia el lado izquierdo del útero para disminuir la compresión aorto- cava durante toda la RCP.

Conclusiones:

La parada cardiorrespiratoria siempre supone una situación de emergencia.

Es primordial una rápida actuación de un equipo multidisciplinar (miembros del equipo de obstetricia, anestesia, neonatología...) tanto como la actualización constante de las recomendaciones en la RCP de la gestante.

Bibliografía

1.- Farida M. Jeejeebhoy, MD, Chair; Carolyn M. Zelop, MD; Steve Lipman, MD; Brendan Carvalho, MD; Jose Joglar, MD; Jill M. Mhyre, MD; Vern L. Katz, MD; Stephen E. Lapinsky, MB BCh, MSc; Sharon Einav, MD; Carole A. Warnes, MD; Richard L. Page, MD; Russell E. Griffin, LP, FP-C; Amish Jain, MD; Katie N. Dainty, PhD; Julie Arafteh, RN, MS; Rory Windrim, MD; Gideon Koren, MD; Clifton W. Callaway, MD, PhD; on behalf of the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. "Cardiac Arrest in Pregnancy. A Scientific Statement From the American Heart Association". (Circulation. 2015;132:1747-1773. DOI:10.1161/CIR.0000000000000300.)

2.- Carsten Lott a,* , Anatolij Truhla' _r b,c, Annette Alfonzo d, Alessandro Barelli e, Violeta González-Salvado f, Jochen Hinkelbein g, Jerry P. Nolan h,i, Peter Paal j, Gavin D. Perkins k,l, Karl-Christian Thies m, Joyce Yeung k,l, David A. Zideman n, Jasmeet Soar o, the ERC Special Circumstances Writing Group Collaborators1. "European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances". R E S U S C I T A T I O N 1 6 1 (2 0 2 1) 1 5 2 _ 2 1 9.

3.- Philippa N. Soskin, MD, MPPa, Jennifer Yu, MD^b,*. "Resuscitation of the Pregnant Patient". Emerg Med Clin N Am - (2019) 0733-8627/19/^a 2019 Elsevier

4.- Marina Arróniz Gutiérrez, María del Carmen Calle Mena, Patricia Villa Gómez. "Recomendaciones para la RCP en la gestante". Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI. Número 10 – Segunda quincena de Mayo de 2021 – Página inicial: Vol. XVI; nº 10; 550.

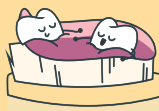
5.- Carolyn M Zelop, MD; Beth Brickner, MD (May. 2022) "Sudden cardiac arrest and death in pregnancy". UpToDate. Consulta 26/05/2022.

https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/sudden-cardiac-arrest-anddeathinpregnancy?search=%E2%80%9CSudden%20cardiac%20arrest%20and%20death%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Capítulo 165

Recomendaciones actualizadas para la prevención de la caries infantil

*Camacho Sánchez, Beatriz
Carretero Elvira, Laura
Carrillo Palomo, Concepción*



Recomendaciones actualizadas para la Prevención de la Caries Infantil



SATSE

Autores: Camacho Sánchez, Beatriz; Carretero Elvira, Laura; Carrillo Palomo, Concepción.

Introducción



La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios.

Actualmente es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles. Según la OMS, la caries afecta a un 60- 90% de la población infantil.

La enfermedad de la caries dental presenta graves repercusiones en la salud general del niño, tales como: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas de urgencia, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje; dificultad en el manejo ambulatorio y un elevado costo de tratamiento.

Objetivos



- Conocer las recomendaciones de la actual evidencia científica sobre el cepillado dental y la cantidad de flúor (ppm) necesaria para prevenir la formación de caries.
- Revisar las pastas de dientes infantiles más conocidas y comprobar si son adecuadas a las recomendaciones de cantidad de flúor (ppm) actual.

Material y Método



Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía existente sobre la materia en las bases de datos: Google Académico, Scielo, PubMed, así como los artículos publicados por la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD), artículos publicados en la revista de pediatría de Atención Primaria, y la Asociación Española de Pediatría.

Se han seleccionado artículos en español con una antigüedad máxima de 5 años. Las palabras clave utilizadas han sido: "caries dental", "niño" y "flúor" y el operador booleano empleado "and".

Resultados

Recomendaciones recogidas en el documento de consenso de la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP):

- **Dentífricos con menos de 1000 ppm no sirven para prevenir la caries.**
- Las pastas de dientes infantiles no llevan suficiente flúor.
- Realizar Cepillado 2 min.
- Evitar no enjuagar la boca con agua tras el cepillado. Dejar que el flúor actúe sobre nuestros dientes.
- Escupir el exceso de dentífrico tras cepillado, sin eliminar el flúor, para conseguir un mayor efecto del flúor sobre el diente.
- Dejar entre 20-30 minutos antes de beber o comer de nuevo.
- Riesgo de fluorosis es prácticamente inexistente.
- El flúor fortalece el esmalte y protege nuestros dientes del daño de las bacterias
- Uso de enjuague bucal no usarlo justamente después del cepillado.
- Cepillarse por lo menos dos veces al día siendo una de ellas (la más importante) por la noche.
- Pueden usarse tanto los cepillos manuales como los eléctricos, con cabezales suaves y pequeños.
- El cepillado dental siempre debe ser realizado por un adulto hasta aproximadamente los 7- 8 años de edad y a partir de ahí supervisado
- Se recomienda higiene adicional con hilo dental.
- Según el riesgo de caries, la concentración de ión flúor de la pasta dental podrá ser de hasta 5000 ppm (solo si lo indica el odontopediatra).



Según las recomendaciones actuales:

- **0 a 3 años** de edad pasta dental **1000 ppm** de flúor
- Cantidad como un grano de arroz
- Con gasa, dedil de silicona o cepillo dental adecuado

- **3 a 6 años** de edad pasta dental **1000-1450 ppm** de flúor

- Cantidad como un guisante o anchura del cabezal del cepillo

- **> 6 años** de edad pasta dental **1450 ppm** de flúor

- Cantidad como un guisante o anchura del cabezal del cepillo



La prevención de la caries implica también:

- Disminuir el consumo de alimentos azucarados. La sacarosa es el carbohidrato más cariogénico.
- No ofrecer azúcares refinados antes de los dos años de edad (golosinas, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc.).
- Los azúcares con textura pegajosa o blanda son más cariogénicos que los líquidos o duros.
- Es más importante la frecuencia de las tomas que la cantidad total ingerida.
- Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean agua.
- Nunca mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
- Reducir al máximo la ingesta de "**azúcares ocultos**": zumos industriales, bollería industrial (croissants, galletas), yogurtes líquidos, pan de molde, patatas fritas, snacks dulces o salados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc.
- Evitar los "**alimentos azucarados**" y los "**alimentos con azúcares añadidos**"



Conclusiones

La caries dental es la enfermedad infantil crónica más común, causando graves repercusiones en la salud general del niño, pero es prevenible y curable.

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz para reducir la prevalencia de caries en el mundo y detener las desmineralizaciones del esmalte.

Estudios recientes indican que solo los dentífricos con concentraciones de **1000 partes por millón (ppm) de flúor** o más han probado ser eficaces en la reducción de caries.

El riesgo de fluorosis es casi imposible si se usa la cantidad adecuada. Los niños no tienen que echar la pasta, hay que tener en cuenta la edad y las pautas antes mencionadas.

Muchas de las pastas infantiles que se comercializan, no son acordes a las nuevas recomendaciones de flúor para prevenir la caries, así como muchas páginas webs siguen ofreciendo recomendaciones desactualizadas donde los menores de 2 años no debían cepillarse con pasta con flúor, de 2 a 6 años con pastas con concentraciones de flúor entre 500-550 ppm y mayores de 6 años con pastas con flúor entre 1000-1500 ppm. Es recomendable mirar la composición de las pastas que compramos, ya que algunas veces no llevan la cantidad de flúor suficiente o están mal etiquetadas en cuanto a las recomendaciones de edad.

Es importante estar actualizado, ya que las recomendaciones van cambiando y muchas veces la información que buscamos en internet está desactualizada, así como lo que nos venden.

Es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal. Disponer de una buena salud bucodental es fundamental para tener buena salud y calidad de vida.

La enfermera pediátrica tiene una labor fundamental desde la consulta en las revisiones del programa del niño sano ya que tiene acceso a los niños y sus familias desde el nacimiento. Desde que sale el primer diente se puede empezar a limpiar con pasta con flúor 2 veces al día, siendo importante empezar a crear hábito para tener una boca saludable en el futuro.

No hay que olvidar que son los padres los responsables de aplicar una cantidad de pasta de dientes adecuada a la edad y ayudar/supervisar el cepillado de dientes hasta al menos los 7 años de edad.



Resumen: *Caries dental: enfermedad crónica más frecuente en la infancia afectando entre 60- 90% de la población infantil. Presenta graves repercusiones en la salud general del niño.*

Objetivo: *Recomendaciones de la actual evidencia científica sobre el cepillado dental y la cantidad de flúor (ppm) necesaria para prevenir la formación de caries.*

Conclusiones: *Dentífricos con menos de 1000 ppm no sirven para prevenir la caries. Dentífricos infantiles no llevan suficiente flúor. Iniciar lavado dental con flúor desde salida de primer diente. Menores de 3 años: 1000 ppm de flúor. Cantidad grano de arroz. Mayores de 6 años: 1450 ppm. Cantidad guisante.*

Palabras Clave: *Caries dental, Niño, Flúor*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La caries dental es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia afectando entre 60- 90% de la población infantil. Presenta graves repercusiones en la salud general del niño.

Objetivo:

Conocer las recomendaciones de la actual evidencia científica sobre el cepillado dental y la cantidad de flúor (ppm) necesaria para prevenir la formación de caries.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía existente sobre la materia en las bases de datos: Google Académico, Scielo, PubMed, así como los artículos publicados por la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD), artículos publicados en la revista de pediatría de Atención Primaria, y la Asociación Española de Pediatría. Se han seleccionado artículos en español con una antigüedad máxima de 5 años. Las palabras clave utilizadas han sido: “caries dental”, “niño” y “flúor” y el operador booleano empleado “and”.

Resultado:

Recomendaciones recogidas en el documento de consenso de la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP):

- Dentífricos con menos de 1000 partes por millón (ppm) no sirven para prevenir la caries.
- Las pastas de dientes infantiles no llevan suficiente flúor.
- Realizar Cepillado 2 min.
- Evitar no enjuagar la boca con agua tras el cepillado. Dejar que el flúor actúe sobre nuestros dientes.
- Escupir el exceso de dentífrico tras cepillado, sin eliminar el flúor, para conseguir un mayor efecto del flúor sobre el diente.

- Dejar entre 20-30 minutos antes de beber o comer de nuevo.
- Riesgo de fluorosis es prácticamente inexistente.
- El flúor fortalece el esmalte y protege nuestros dientes del daño de las bacterias
- Uso de enjuague bucal no usarlo justamente después del cepillado.
- Cepillarse por lo menos dos veces al día siendo una de ellas (la más importante) por la noche.
 - Pueden usarse tanto los cepillos manuales como los eléctricos, con cabezales suaves y pequeños.
 - El cepillado dental siempre debe ser realizado por un adulto hasta aproximadamente los 7- 8 años de edad y a partir de ahí supervisado
 - Se recomienda higiene adicional con hilo dental.
 - Según el riesgo de caries, la concentración de ion flúor de la pasta dental podrá ser de hasta 5000 ppm (solo si lo indica el odontopediatra).

Según las recomendaciones actuales:

- Dentífricos para menores de 3 años de edad pasta dental 1000 ppm de flúor. Cantidad como un grano de arroz. Con gasa, dedil de silicona o cepillo dental adecuado
- De 3-6 años: pasta dental 1000-1450 ppm de flúor
- > 6 años de edad pasta dental 1450 ppm de flúor. Cantidad como un guisante o anchura del cabezal del cepillo

La prevención de la caries implica también:

- Disminuir el consumo de alimentos azucarados. Sacarosa, el carbohidrato más cariogénico.
- No ofrecer azúcares refinados antes de los dos años (golosinas, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc.).
- Los azúcares con textura pegajosa o blanda son más cariogénicos que los líquidos o duros.
- Es más importante la frecuencia de las tomas que la cantidad total ingerida.
- Nunca mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
- Reducir al máximo la ingesta de "azúcares ocultos": zumos industriales, bollería industrial (croissants, galletas), yogurts líquidos, pan de molde, patatas fritas, snacks dulces o salados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc.
- Evitar los "alimentos azucarados" y los "alimentos con azúcares añadidos".

Conclusiones:

La caries dental es la enfermedad infantil crónica más común, causando graves repercusiones en la salud general del niño, pero es prevenible y curable.

El flúor, herramienta segura y eficaz para reducir la prevalencia de caries en el mundo y detener las desmineralizaciones del esmalte.

Estudios recientes indican que solo los dentífricos con concentraciones de 1000 ppm de flúor o más han probado ser eficaces en la reducción de caries.

El riesgo de fluorosis es casi imposible si se usa la cantidad adecuada. Los niños no tienen que echar la pasta, hay que tener en cuenta la edad y las pautas antes mencionadas.

Muchas de las pastas infantiles que se comercializan, no son acordes a las nuevas recomendaciones de flúor para prevenir la caries, así como muchas páginas webs siguen ofreciendo recomendaciones desactualizadas (menores de 2 años no usar pasta con flúor, de 2 a 6 años pastas con concentraciones de flúor entre 500-550 ppm y mayores de 6 años pastas con flúor entre 1000-1500 ppm). Es recomendable mirar la composición de las pastas que compramos, ya que algunas veces no llevan la cantidad de flúor suficiente o están mal etiquetadas en cuanto a las recomendaciones de edad.

Es importante estar actualizado, ya que las recomendaciones van cambiando y muchas veces la información que buscamos en internet está desactualizada, así como lo que nos venden.

Es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal. Disponer de una buena salud bucodental es fundamental para tener buena salud y calidad de vida.

La enfermera pediátrica tiene una labor fundamental desde la consulta en las revisiones del programa del niño sano ya que tiene acceso a los niños y sus familias desde el nacimiento. Desde que sale el primer diente limpiar con pasta con flúor 2 veces al día, siendo importante empezar a crear hábito para tener una boca saludable en el futuro.

No hay que olvidar que son los padres los responsables de aplicar una cantidad de pasta de dientes adecuada a la edad y ayudar/supervisar el cepillado de dientes hasta al menos los 7 años de edad.

Bibliografía

1.- DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRIC DENTISTRY (EAPD) CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA. Protocolo para el uso del flúor en niños [Internet]. Eapd.eu. [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.eapd.eu/uploads/0134E679_file.pdf

2.-Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA Actualizado en julio 2019. Odontologiapediatria.com. [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf

3.- Flúor y prevención de la caries: cómo aplicarlo y a quién [Internet]. Aeped.es. [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/prevencion/fluor-previene-caries-como-aplicarlo-quien>

4.-Morata Alba Julia, Morata Alba Laia. Salud bucal en niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 30 de mayo de 2022]; 21 (84): e173-e178. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322019000400003

Capítulo 166

Recomendaciones en el paciente colostomizado: Sexualidad y Ejercicio físico

*Fraile Villarejo, Marta María
Pardal López, Ángela
García Serrano, Noelia
Gaspar Martín, María Teresa
Paulo Pires, Ana Teresa*

Recomendaciones en el paciente colostomizado: Sexualidad y Ejercicio físico

Marta María Fraile Villarejo, Ángela Pardal López, Noelia García Serrano, María Teresa Gaspar Martín, Ana Teresa Paulo Pires

Personal de Enfermería. Servicio de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Comarcal de Benavente. Zamora

Introducción

Un 15-20% de pacientes con cáncer colorrectal terminan portando una colostomía. El papel del personal de enfermería es fundamental para favorecer la autonomía del paciente, aumentar su calidad de vida y disminuir su ansiedad. Los problemas sexuales derivados de ser portador de una colostomía, así como la importancia que tiene el deporte como prevención y tratamiento de enfermedades sugieren que establecer recomendaciones en este sentido pueda mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Objetivo

Establecer recomendaciones actualizadas para pacientes colostomizados en cuanto a sexualidad y ejercicio físico.

Material y Método

Pregunta PICO

¿Cuáles son las recomendaciones en cuanto a sexualidad y ejercicio físico que debemos dar a las personas portadoras de una colostomía?

Revisión bibliográfica:
Abril 2022

Palabras clave:
COLOSTOMÍA
EJERCICIO FÍSICO
SEXUALIDAD

CUIDEN
REPOSITARIOS
INSTITUCIONALES
(UvaDoc, BUCLE, buleria)

Resultados

Sexualidad



Ejercicio Físico



BUENA COMUNICACIÓN

USAR BOLSAS PEQUEÑAS

CAMBIAR EL DISPOSITIVO PREVIAMENTE

EXPLORAR POSTURAS QUE NO PROVOQUEN DOLOR

EVITAR ALIMENTOS FLATULENTOS

ROPA ÍNTIMA ADAPTADA

MÉTODO PLISSIST

ORIENTADO POR UN PROFESIONAL

INICIO PROGRESIVO

VACIAR LA BOLSA PREVIAMENTE

INGESTA LIGERA, APORTE HÍDRICO 1'5-2L

MÁS RECOMENDADO NATACIÓN

MENOS RECOMENDADO DE CONTACTO

FORTALECER MUSCULATURA ABDOMINAL

Conclusiones

1. La información que brinda el personal de enfermería es clave para lograr una buena salud sexual y un estilo de vida activo a través del ejercicio físico
2. La comunicación con la pareja, la información sobre los tipos de dispositivos, alimentación previa y las posibles posturas es fundamental para mantener relaciones sexuales
3. Cualquier ejercicio físico orientado por un profesional y con un inicio progresivo, es recomendable. Se recomienda con más fuerza la natación. Los deportes de contacto son los menos recomendados.

Referencias Bibliográficas:

1. Monforte Donaire N. Proyecto de educación para la salud: Sensibilización en adolescentes no portadores de ostomías. [Trabajo Fin de Grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2021.
2. Alvarez Sariego M. *Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención Enfermera*. NPunto. 2022;5(47):52-7.
3. Soplapuco Pascual YV. Conocimiento y práctica relacionado al autocuidado de colostomía. [Tesis de Pregrado]. Huaraz-Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo de Mayolo; 2020.
4. Ranero Navarro J. Objetos de aprendizaje multimedia para el abordaje de la salud sexual en el paciente ostomizado. [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018.
5. Vázquez Álvarez A. *El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma*. NPunto. 2022;5(47):78-101.

Resumen: La colostomía es una solución habitual al cáncer colorrectal. Esta situación ocasiona alteraciones en la sexualidad y práctica deportiva. El objetivo de este estudio es dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las recomendaciones en cuanto a sexualidad y ejercicio físico que debemos dar a las personas portadoras de una colostomía?. Se realizó una revisión bibliográfica que concluyó que la comunicación con la pareja, la información sobre dispositivos, alimentación previa y posibles posturas es fundamental para mantener una adecuada salud sexual. Por otro lado, es recomendable cualquier ejercicio físico con inicio progresivo orientado por un profesional.

Palabras Clave: Colostomía, Ejercicio Físico, Sexualidad

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En España, alrededor de un 70% de las ostomías son colostomías. Se estima que entre un 15-20% de pacientes con cáncer colorrectal terminan portando una colostomía, lo que supone un importante cambio físico, psicológico, social y sexual¹. Respecto a la sexualidad, se encuentran descritos diversos problemas comunes a ambos sexos como la disminución de la libido, miedo al dolor e inseguridad. Además, los varones pueden presentar disfunción eréctil y eyaculación precoz o retrógrada. En las mujeres es más frecuente la dispareunia, vaginismo, sequedad vaginal y estenosis vaginal. Algunos de estos síntomas pueden estar relacionados con daños en el paquete nervioso^{2,3}.

El papel del personal de enfermería es fundamental para acompañar en este proceso y favorecer la autonomía e independencia del paciente, asegurar su satisfacción, aumentar su calidad de vida y disminuir sus niveles de ansiedad^{3,4,5}. Los problemas sexuales derivados de ser portador de una colostomía, así como la importancia que tiene el deporte como prevención y tratamiento de enfermedades sugieren que establecer recomendaciones en este sentido pueda mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente^{3,4}.

Objetivo:

Establecer unas recomendaciones actualizadas para pacientes portadores de una colostomía, en cuanto a Sexualidad y ejercicio físico.

Material y Método:

Se planteó la siguiente pregunta de investigación mediante el formato PICO: ¿Cuáles son las recomendaciones en cuanto a sexualidad y ejercicio físico que debemos dar a las personas portadoras de una colostomía?.

Para darle respuesta a la pregunta planteada, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica durante el mes de abril de 2022. Se buscaron trabajos que aportaran amplia información sobre en el tema en la base de datos Cuiden, así como en diferentes repositorios institucionales (UvaDocs,

Bucle, Buleria). Se utilizaron tres descriptores: colostomía, ejercicio físico y sexualidad. Se crearon dos estrategias diferentes de búsqueda utilizando el operador booleano AND. Se siguieron dos estrategias de búsqueda: "colostomía AND sexualidad" y "colostomía AND ejercicio físico".

Se seleccionaron los trabajos que aportaban más información sobre el tema y se procedió a su análisis para la extracción de resultados.

Resultados:

Tras el análisis de los trabajos seleccionados se procedió a elaborar unas recomendaciones actualizadas orientadas a la sexualidad y ejercicio físico en los pacientes portadores de una colostomía.

Para lograr una buena salud sexual es fundamental una información personalizada por parte del personal de enfermería, que pueda favorecer la seguridad y autoestima de la persona. En este sentido el método PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestipon e Intensive therapy) puede ser una buena herramienta de educación sexual ya que permite ir aproximándonos a la sexualidad del paciente para poder aportarle consejos básicos en un inicio y recomendaciones más complejas más adelante, en función de las dudas o problemas que presente cada paciente.

Entre las recomendaciones que el personal debe dar se encuentran: Fomentar una adecuada comunicación con la pareja que facilite las relaciones, la exposición de dudas o miedos y la puesta en común de soluciones. Además de ello, se recomiendan ciertas medidas relacionadas con los dispositivos colectores como cambiar el dispositivo previamente para mantenerlo vacío y evitar las posibles fugas, usar bolsas y adhesivos pequeños que son más discretos a la hora de mantener relaciones. En relación a los olores que puede desprender el dispositivo, se sugiere el uso de gotitas de colonia o desodorante en el filtro de las bolsas, así como evitar alimentos que puedan provocar gases. Para aumentar la autoconfianza existe ropa íntima que permite llevar la bolsa de una manera más discreta. Por otro lado, el embarazo no está contraindicado, siempre y cuando el estoma esté completamente cicatrizado.

Respecto al ejercicio físico, se siguen las mismas recomendaciones que para el resto de personas que no porten una colostomía, sin embargo, en este tipo de pacientes se hace mayor énfasis en que la actividad debe ser orientada por un profesional del campo de la actividad física y del deporte. Partiendo de esa premisa, se recomiendan todo tipo de deportes. El inicio debe ser progresivo realizando sesiones de 30-60 minutos al menos 3 veces por semana. Se considera importante prestar una atención especial a la musculatura abdominal. Dentro de la variedad de deportes, la natación es el más recomendado gracias a las bolsas impermeables que permiten la inmersión en el agua. Los deportes de contacto son los menos indicados por el riesgo de lesión en la zona del estoma. En relación con los dispositivos colectores, se recomienda vaciar la bolsa antes de comenzar la actividad. También es recomendable que la ingesta previa sea ligera y que se mantenga un aporte hídrico de 1,5-2 litros al día.

Conclusiones:

La información que enfermería brinda a los pacientes colostomizados es clave para lograr una buena salud sexual así como un estilo de vida activo a través del ejercicio.

La comunicación con la pareja, la información sobre los tipos de dispositivos, alimentación previa y las posibles posturas, son fundamentales para mantener relaciones sexuales, disminuirán la incomodidad y se conseguirán relaciones más placenteras.

Cualquier ejercicio físico orientado por un profesional y con un inicio progresivo es recomendable. Se recomienda con más fuerza la natación y con menos los deportes de contacto.

Bibliografía

- 1.- Soplapuco Pascual YV. Conocimiento y práctica relacionado al autocuidado de colostomía. [Tesis de Pregrado]. Huaraz-Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2020
- 2.- Ranero Navarro J. Objetos de aprendizaje multimedia para el abordaje de la salud sexual en el paciente ostomizado. [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018.
- 3.- Vázquez Álvarez A. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma. NPunto. 2022;5(47)78–101.
- 4.- Alvarez Sariago M. Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención Enfermera. NPunto. 2022;5(47):52–7.
- 5.- Monforte Donaire N. Proyecto de educación para la salud: Sensibilización en adolescentes no portadores de ostomías. [Trabajo Fin de Grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2021

Capítulo 167

Relación entre tomar desayuno saludable y rendimiento académico.

*Arribas Toldos, Jaime
Porras Escibano, Cristina
Ballester Benito, María Isabel
Armero Menchén, Beatriz
Sánchez Puertas, María*

Relación entre tomar desayuno saludable y rendimiento académico

INTRODUCCIÓN

La OMS es un organismo especializado que actúa facilitando información y asesorando sobre los objetivos en temas de la salud humana. FAO y la OMS reivindican el desarrollo de recomendaciones dietéticas basadas en el contexto de Dietas Saludables Sostenibles y teniendo en cuenta las circunstancias sociales, económicas, ecológicas y ambientales de cada país. Ambos organismos trabajan para promover hábitos alimentarios saludables y dietas nutritivas que ayudan a alcanzar el bienestar físico, mental y social en todas las etapas de la vida de las generaciones presentes y futuras. Entre las recomendaciones específicas del informe se destaca que las cantidades de energía y nutrientes deben ser adecuadas (sin exceso) para un correcto crecimiento y desarrollo de los individuos y para satisfacer las necesidades para mantener una vida activa en cada etapa. (OMS/FAO, 2003) (OMS/FAO, 2019).

OBJETIVOS

Analiza resultados de estudios previos sobre la relación entre tomar el desayuno como rutina y el desarrollo académico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando estudios previos que han buscado la relación entre el consumo del desayuno de manera diaria con el desarrollo académico de varios grupos de alumnos. Se ha realizado una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se han usado como palabras clave: desayuno, calidad, hábitos alimenticios y desarrollo académico. Se seleccionaron artículos posteriores a 2012 con publicaciones en los idiomas inglés y español.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Kim et al. (2016) en un estudio confirmó una asociación positiva entre el rendimiento académico y los hábitos dietéticos como tomar el desayuno y consumir frutas, verduras y leche. Encontraron una asociación negativa del rendimiento académico con el consumo de bebidas carbonatadas, comida rápida y precocinada.

Burrows, Goldman, Pursey y Lim (2017) tras realizar una revisión sistemática y analizar numerosos estudios sobre la dieta y cómo ésta influye en el rendimiento académico, determinaron que el desayuno es la comida que más influye en el rendimiento académico. También encontraron influencia sobre la calidad de la dieta en el rendimiento académico.

(Øverby & Høigaard, 2012) en un estudio sobre los problemas de comportamiento en la escuela en Noruega concluyen que: existía un mayor número de chicos frente a las chicas que presentaban sobrepeso. Ambos géneros presentaban diferencias en los patrones de comidas y en el consumo de productos. Mayor número de chicas se saltaban el desayuno y la merienda. Los productos considerados insanos se consumían unas cuatro o seis veces por semana o más, mientras que el grupo de frutas y verduras solamente dos. Los chicos fueron los que reflejaron un mayor consumo de verduras y un bajo consumo de frutas comparado con las chicas. A su vez, los chicos también reflejaron un mayor consumo de productos insanos como azúcar, bebidas azucaradas, dulces o snacks procesados. Según el estudio, los que hicieron un desayuno de forma regular mostraron menos problemas en el entorno escolar, y no encontraron asociación con otras comidas. También presentaron menos problemas aquellos que consumían verduras y pescado de forma regular. Pero aquellos que consumían un alto consumo de productos insanos (azúcar, bebidas azucaradas, chocolate, snacks, pizza, etc) presentaban más problemas de conducta en el entorno escolar.

Otros estudios reflejan que el consumo regular de alimentos y realizar las tres comidas principales del día (desayuno, comida y cena) está asociado con un rendimiento académico más alto (Kim et al. 2016).

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Serie de Informes Técnicos 916 DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS [Internet]. Who.int. [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO_TRS_916_spa.pdf;jsessionid=110DAEB48CA5E941D15E40B2540B9CF7?sequence=1
2. Burrows T, Goldman S, Olson RK, Byrne B, Coventry WL. Associations between selected dietary behaviours and academic achievement: A study of Australian school aged children. *Appetite* [Internet]. 2017 [citado el 20 de mayo de 2022];116:372–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28487248/>
3. Øverby N, Høigaard R. Diet and behavioral problems at school in Norwegian adolescents. *Food Nutr Res* [Internet]. 2012 [citado el 20 de mayo de 2022];56(1):17231. Disponible en: <https://foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/477>
4. Ujat.mx. [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3706>

AUTORES

MARÍA SÁNCHEZ PUERTAS

BEATRIZ ARMERO MENCHÉN

JAIME ARRIBAS TOLDOS

CRISTINA PORRAS SÁNCHEZ-ESCRIBANO

M^a ISABEL BALLESTEROS BENITO

Resumen: *FAO y OMS reivindican el desarrollo de recomendaciones dietéticas que ayudan a alcanzar el bienestar físico, mental y social en las etapas de la vida. Con esta revisión bibliográfica se pretende conocer la relación entre tomar el desayuno como rutina y el rendimiento académico en la etapa escolar. Tras el análisis de varios estudios se evidencia la asociación positiva entre tomar el desayuno a diario y un mejor rendimiento académico. Además, se conocen que mantener una rutina de tomar el desayuno con productos saludables influye también en el comportamiento en el entorno escolar, presentado estos alumnos menos número de problemas.*

Palabras Clave: *Desayuno, dieta saludable, rendimiento académico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La OMS es un organismo especializado que actúa facilitando información y asesorando sobre los objetivos en temas de la salud humana. FAO y la OMS reivindican el desarrollo de recomendaciones dietéticas basadas en el contexto de Dietas Saludables Sostenibles y teniendo en cuenta las circunstancias sociales, económicas, ecológicas y ambientales de cada país. Ambos organismos trabajan para promover hábitos alimentarios saludables y dietas nutritivas que ayudan a alcanzar el bienestar físico, mental y social en todas las etapas de la vida de las generaciones presentes y futuras. Entre las recomendaciones específicas del informe se destaca que las cantidades de energía y nutrientes deben ser adecuadas (sin exceso) para un correcto crecimiento y desarrollo de los individuos y para satisfacer las necesidades para mantener una vida activa en cada etapa. (OMS/FAO, 2003) (OMS/FAO, 2019).

Objetivo:

Analizar los resultados de estudios previos sobre la relación entre tomar el desayuno como rutina y el desarrollo académico durante la etapa escolar.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando estudios previos que han buscado la relación entre el consumo del desayuno de manera diaria con el desarrollo académico de varios grupos de alumnos. Se ha realizado una búsqueda en tres bases de datos: Scielo, Medline y Scopus. Se han usado como palabras clave: desayuno, calidad, hábitos alimenticios y desarrollo académico. Se seleccionaron artículos posteriores a 2012 con publicaciones en los idiomas inglés y español.

Resultados y Conclusiones:

Kim et al. (2016) en un estudio confirmó una asociación positiva entre el rendimiento académico y los hábitos dietéticos como tomar el desayuno y consumir frutas, verduras y leche. Encontraron una asociación negativa del rendimiento académico con el consumo de bebidas carbonatadas, comida rápida y precocinada.

Burrows, Goldman, Pursey y Lim (2017) tras realizar una revisión sistemática y analizar numerosos estudios sobre la dieta y cómo ésta influye en el rendimiento académico, determinaron que el desayuno es la comida que más influye en el rendimiento académico. También encontraron influencia sobre la calidad de la dieta en el rendimiento académico.

(Øverby & Høigaard, 2012) en un estudio sobre los problemas de comportamiento en la escuela en Noruega concluyen que: existía un mayor número de chicos frente a las chicas que presentaban sobrepeso. Ambos géneros presentaban diferencias en los patrones de comidas y en el consumo de productos. Mayor número de chicas se saltaban el desayuno y la merienda. Los productos considerados insanos se consumían unas cuatro o seis veces por semana o más, mientras que el grupo de frutas y verduras solamente dos. Los chicos fueron los que reflejaron un mayor consumo de verduras y un bajo consumo de frutas comparado con las chicas. A su vez, los chicos también reflejaron un mayor consumo de productos insanos como azúcar, bebidas azucaradas, dulces o snacks procesados. Según el estudio, los que hicieron un desayuno de forma regular mostraron menos problemas en el entorno escolar, y no encontraron asociación con otras comidas. También presentaron menos problemas aquellos que consumían verduras y pescado de forma regular. Pero aquellos que consumían un alto consumo de productos insanos (azúcar, bebidas azucaradas, chocolate, snacks, pizza, etc) presentaban más problemas de conducta en el entorno escolar.

Otros estudios reflejan el consumo regular de alimentos y realizar las tres comidas principales del día (desayuno, comida y cena) está asociado con un rendimiento académico más alto (Kim et al. 2016).

Bibliografía

1.- OMS, Serie de Informes Técnicos 916 DIETA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS [Internet]. Who.int. [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO_TRS_916_spa.pdf;jsessionid=110DAEB48CA5E941D15E40B2540B9CF7?sequence=1

2.- Burrows T, Goldman S, Olson RK, Byrne B, Coventry WL. Associations between selected dietary behaviours and academic achievement: A study of Australian school aged children. *Appetite* [Internet]. 2017 [citado el 20 de mayo de 2022];116:372–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28487248/>

3.- Øverby N, Høigaard R. Diet and behavioral problems at school in Norwegian adolescents. *Food Nutr Res* [Internet]. 2012 [citado el 20 de mayo de 2022];56(1):17231. Disponible en: <https://foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/477>

4.- Ujat.mx. [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3706>

Capítulo 168

Revisión Bibliográfica acerca de la Prevención de la Incontinencia Urinaria en Mujeres Premenopáusicas.

*Medina Carretero, Sonia
Peña Cárdenas, Ana
Suárez – Bárcena González, Laura
Alañón Varón, Francisco Salvador
Gil Cañizares, Eva María
Bebyk Bagnenko, Svitlana*

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES PREMENOPAUSICAS.

Medina Carretero, Sonia; Peña Cárdenas, Ana; Suárez – Bárcena González, Laura; Alaíón Varón, Francisco Salvador; Gil Cañizares, Eva María; Bebyk Bagnenko, Svitlana.

INTRODUCCIÓN.

- La **INCONTINENCIA** urinaria es la pérdida involuntaria de orina por causa multifactorial.
 - Multicausal.
 - Afecta en España a un 24% de las mujeres, produciendo un problema socioeconómico.
- La **CONTINENCIA** es el resultado de la perfecta función y coordinación de la vejiga, la uretra y la musculatura pélvica.
 - Es fundamental la prevención mediante educación sanitaria para disminuir el riesgo de desarrollar la sintomatología asociada a este problema y consecuentemente conseguir un aumento en la calidad de vida de las personas afectadas.



OBJETIVOS.

Disminuir la incidencia y prevalencia de la incontinencia urinaria mediante educación sanitaria :

- Sensibilizar a las mujeres acerca de los factores asociados al debilitamiento del suelo pélvico, y su relación con el posterior desarrollo de incontinencia urinaria.
- Fomentar el autocuidado y conocimiento del suelo pélvico.
- Ofrecer a la mujer la información adecuada para la prevención de la incontinencia urinaria

METODOLOGÍA.

Para la realización de éste trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PUDMED, SCIELO, ELSEVIER, MEDLINE, Organizaciones y guías médicas y otras páginas de internet, utilizando aquellos artículos que hubiesen contemplado a la mujer premenopáusicas. Se han excluido aquellos que hacían referencia al suelo pélvico en los varones y orientados únicamente al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico de la disfunción del suelo pélvico.

RESULTADOS.

¿CÓMO PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA

- MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS**
- Se debe orinar **cada tres o cuatro horas** y permanecer sentada en el baño hasta vaciar totalmente la vejiga. No retrasar el momento de la micción.
 - Evitar consumir **líquidos o sustancias irritantes** como café, picantes, alcohol; así como bebidas carbonatadas.
 - Tomar líquidos no perjudica la vejiga ni los músculos que controlan la retención de orina. Se deben ingerir al menos dos litros de agua diariamente.
 - **Higiene adecuada** para evitar las infecciones de orina. Se debe realizar con agua y jabones neutros, con un adecuado secado posterior debe realizarse al menos dos veces al día, siempre después de la defecación. La limpieza se debe realizar de delante hacia detrás. Prestar especial atención a la higiene durante la menstruación y después de mantener relaciones sexuales.
 - **Evitar el estreñimiento** para que la vejiga no tenga presión.
 - **No utilizar cremas o lubricantes vaginales que contengan productos químicos** ni jabones íntimos irritantes.
 - **No usar ropa ajustada, usar ropa interior de algodón** y evitar baños de espuma, sales olorosas, etc.
 - El **tabaco** se ha asociado con una incidencia aumentada de incontinencia urinaria.
 - El **sobrepeso** influye en la incontinencia urinaria.

EJERCICIOS PARA FORTALECER LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO



1. EJERCICIOS DE KEGEL; fortalecen la musculatura del periné, mejorando la contractilidad y fuerza del suelo pélvico.

¿CÓMO REALIZARLOS?

1. **Ubique los músculos** correctos, mediante el uso de los siguientes métodos:
 - Inserte el dedo dentro de su vagina y apriételo. Cuando sienta presión, significa que usa los músculos correctos.
 - Haga de cuenta que tiene colocado un tampón y se está cayendo. Contraiga los músculos con los cuales lo sostendrá.
 2. Los ejercicios de Kegel **pueden realizarse** sentada, de pie o acostada.
 3. **Contraiga los músculos del suelo pélvico** durante cinco segundos, luego relájelos durante cinco segundos. El objetivo es llegar a contracciones que duren diez segundos, seguidas de diez segundos de relajación. Repítalo diez veces. Haga con dos series de cinco contracciones fuertes y rápidas. Durante el día, realice tres series.
 4. Haga que los ejercicios de Kegel **formen parte de su rutina diaria**. Estos ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar y en cualquier momento.
- 2. EJERCICIOS HIPOPRESIVOS;** aumentan el tono muscular e inciden en gran medida en las fibras tipo I del diafragma pélvico.

En varios de las bibliografías consultadas, se ha visto que fomentar el autocuidado mediante medidas higiénico-dietéticas, ejercicios hipopresivos y de Kegel y dispositivos como las bolas chinas y conos vaginales:

- Disminuye la incidencia, y prevalencia.
- Mejora la calidad de vida.
- Disminuye costes sanitarios.

OTRAS MEDIDAS PARA PREVENIR LA INCONTINENCIA

BOLAS CHINAS
No sólo es un objeto sexual, sino que es recomendado por los ginecólogos para fortalecer la musculatura del suelo pélvico y así evitar la incontinencia urinaria. La primera semana se aconseja utilizarlas durante 15 minutos al día. A partir de ahí, se va aumentando el tiempo progresivamente.



CONOS VAGINALES

Se basa en retener un pequeño cono en la vagina por un suave reflejo de contracción provocado por la sensación de que se va a deslizar hacia fuera. La pauta recomendada es de 5 minutos al principio, dos veces al día y aumentar progresivamente.

CONCLUSIONES

Una correcta prevención del debilitamiento de la musculatura pélvica en la población femenina por medio de educación sanitaria de este colectivo implicaría menor riesgo de padecer la incontinencia urinaria o resolverla cuando ya hay sintomatología establecida, consiguiendo un aumento en la calidad y disminución del coste económico asociado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Tuda, Cristina; camero fernández, María Pilar. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Enfermería Global, 2020, vol. 19, no 57, p. 390-412.
2. Vila-Coll, MA; Dalfó-Baqué, A. Eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en una población rural femenina, algunas matizaciones. At Prim 1999.
3. Marina hernando, Ainhara, et al. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años. Revisión bibliográfica. 2020.
4. López Campayo, Beatriz, et al. Programa de educación para la salud sobre la prevención de la incontinencia urinaria en la mujer embarazada. Revista Sanitaria de Investigación, 2021, vol. 2, no 5, p. 49.

Resumen: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina por causa multifactorial. Afecta en España a un 24% de las mujeres, produciendo un problema socioeconómico.

La continencia urinaria es el resultado de la perfecta función y coordinación de la vejiga, la uretra y la musculatura pélvica. Se ha visto, que es fundamental, la educación en medidas higiénico-dietéticas, ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica, conos vaginales y bolas chinas para disminuir el riesgo de desarrollar la sintomatología asociada a la incontinencia y consecuentemente conseguir un aumento en la calidad de vida de las personas que se puedan ver afectadas

Palabras Clave: Incontinencia Urinaria, Educación, Diafragma Pélvico

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La incontinencia urinaria tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria en el entorno social (menor interacción social, aislamiento), físico (infecciones urinarias, problemas dermatológicos y limitación en la práctica deportiva), sexual (pérdida de actividad sexual y evitación de la pareja), psicológico (pérdida de autoestima, apatía, alteraciones del sueño), laboral (absentismo) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama). Además, las mujeres suelen cambiar sus hábitos de comportamiento para reducir el problema en parte, como con la reducción de la ingesta de líquidos, aislamiento y retracción social, el uso de absorbentes...

La introducción de la patología de disfunción del suelo pélvico en la población femenina como parte del Plan de Salud, favorecería la inclusión de programas dirigidos a la prevención del debilitamiento de la musculatura pélvica en la población femenina. Esto implicaría una reducción en el número de mujeres en riesgo de desarrollar la sintomatología asociada a este problema y consecuentemente a un aumento en la calidad de vida en la población femenina y disminución del coste económico causado por la incontinencia urinaria.

Objetivos:

Disminuir la incidencia y prevalencia de la incontinencia urinaria mediante educación sanitaria:

- Sensibilizar a las mujeres acerca de los factores asociados al debilitamiento del suelo pélvico, y su relación con el posterior desarrollo de incontinencia urinaria.
- Fomentar el autocuidado y conocimiento del suelo pélvico.
- Ofrecer a la mujer la información adecuada para la prevención de la incontinencia urinaria.
- Completar la información a través de folletos informativos.

Material y Método:

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PUDMED, SCIELO, ELSEVIER, MEDLINE, Organizaciones y guías médicas y otras páginas de internet, utilizando aquellos artículos que hubiesen contemplado a la mujer premenopáusicas. Se han excluido aquellos que hacían referencia al suelo pélvico en los varones y orientados únicamente al tratamiento farmacológico y /o quirúrgico de la disfunción del suelo pélvico.

Resultados:

En varias de las bibliografías consultadas, se ha visto que, fomentar el autocuidado mediante medidas higiénico-dietéticas, ejercicios hipopresivos y de Kegel y dispositivos como las bolas chinas y conos vaginales, disminuye la incidencia y prevalencia de la incontinencia, mejora la calidad de vida de las personas afectadas y disminuye las repercusiones sociales y económicas (medicamentos, consultas y tratamientos debidos a patologías derivadas de esta problemática como depresiones, traumatismos por caídas, infecciones urinarias, etc).

A continuación, se realiza una breve descripción acerca de las medidas aconsejadas en la bibliografía revisada:

- Medidas higiénico-dietéticas como el vaciamiento total de la vejiga cada 3-4h; evitar tomar líquidos irritantes como puedan ser la cafeína y el alcohol, así como el consumo de tabaco; dietas ricas en fibra para prevenir el estreñimiento; evitar el sobrepeso; higiene adecuada con agua y jabones neutros; no utilizar cremas o lubricantes vaginales que contengan productos químicos; no usar prendas ajustadas y, preferentemente, que la ropa íntima sea de algodón.

- Los Kegel son unos ejercicios que fortalecen la musculatura del periné, mejorando la contractilidad y fuerza del suelo pélvico y con ello la función del esfínter uretral y rectal. Están basados en la contracción y relajación repetida de dicha musculatura.

- Los hipopresivos son ejercicios posturales y respiratorios asociados a un ritmo en particular, en los que se ha evidenciado: aumentos del tono perineal, reducción de los síntomas de incontinencia urinaria, mejoras posturales, y afectación en la flexibilidad de la cadena posterior.

- Bolas chinas y conos vaginales: ambos dispositivos están basados en la retención dentro de la vagina de los mismos, lo que provoca una contracción de la musculatura consiguiendo así fortalecer el suelo pélvico.

Conclusiones:

Una correcta prevención del debilitamiento de la musculatura pélvica en la población femenina por medio de educación sanitaria de este colectivo implicaría una reducción en el número de mujeres en riesgo de desarrollar la sintomatología asociada a este problema y consecuentemente a un aumento en la calidad de vida en la población femenina y disminución del coste económico causado por la incontinencia urinaria.

Bibliografía

1.- Martín Tuda, Cristina; carnero fernández, María Pilar. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global*, 2020, vol. 19, no 57, p. 390-412.

2.- Vila-Coll, MA; Dalfó-Baqué, A. Eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en una población rural femenina, algunas matizaciones. *At Prim* 1999.

3.- Marina hernando, Ainhara, et al. Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres hasta los 40 años. *Revisión bibliográfica*. 2020.

4.- López Campayo, Beatriz, et al. Programa de educación para la salud sobre la prevención de la incontinencia urinaria en la mujer embarazada. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2021, vol. 2, no 5, p. 49.

Capítulo 169

Revisión bibliográfica sobre la prevención de alergias alimentarias en función del inicio de la alimentación

*Calderón Carmona, María
Pliego Nieto, Lorena
Arévalo Frutos, María Isabel*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PREVENCIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS EN FUNCIÓN DEL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones internacionales a principios de los 2000 para prevenir el desarrollo de alergias alimentarias se centran en evitar los alérgenos alimentarios en el embarazo y la lactancia y retrasar su introducción. Sin embargo, la incidencia ha aumentado en las dos últimas décadas en las sociedades occidentales convirtiéndose en un importante **problema de salud**. Posteriormente se demostró que la exposición tardía no reducía el riesgo de alergia, e incluso podría ser la causa de su creciente incidencia. Las recomendaciones actuales reconocen que NO había evidencia de que retrasar la introducción de alimentación complementaria más allá de los 4-6 meses fuera efectiva para la prevención primaria de alergia alimentaria. (Tabla 1)

RESULTADOS

Aunque las enfermedades atópicas tienen un componente genético importante, el reciente incremento de las tasas de alergia alimentaria podría ser atribuible a factores ambientales como la doble exposición a los alérgenos alimentarios, las influencias actuales del estilo de vida en el microbioma intestinal, las respuestas inmunitarias y los desequilibrios nutricionales de las dietas occidentales. Los diferentes estudios sugieren que existe una reducción del riesgo de alergia al cacahuete y huevo asociada a la introducción antes de los 6 meses. Sin embargo, los resultados no son concluyentes para otros alimentos. (Imagen 1). La evidencia disponible sugiere que el inicio precoz de la alimentación complementaria no se asocia a una menor duración total de la lactancia materna (LM), por lo que podrían coexistir ambos métodos, según las recomendaciones actuales de AAP y ESPGHAN. (Tabla 1)

OBJETIVOS

Dar respuesta a la pregunta: ¿A qué edad es recomendable iniciar la alimentación complementaria en lactantes con el fin de reducir o prevenir el desarrollo de alergias alimentarias?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente de los últimos cinco años, en inglés y castellano. Se ha realizado una búsqueda sistemática en la bases de datos de Pubmed, donde se utilizaron los términos MeSH: prevention & control; complementary feeding; food hypersensitivity.

	Exclusive Breastfeeding	Complementary Food
World Health Organization (WHO) [22]	For the first 6 months of life	All infants should start receiving foods in addition to breast milk from 6 months onwards
American Academy of Pediatrics (AAP) [23-24,31]	Exclusive breastfeeding for about 6 months, with continuation of breastfeeding for 1 year or longer as mutually desired by mother and infant	Although solid foods should not be introduced before 4 to 6 months of age, there is no current convincing evidence that delaying their introduction beyond this period has a significant protective effect on the development of atopic diseases
European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) [22]	Exclusive breastfeeding is recommended for the first 4-6 months of life	Introduction of complementary foods after the age of 4 months for all children irrespective of atopic heredity
European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) [22]	Exclusive or full breast-feeding should be promoted for at least 4 months (17 weeks, beginning of the 5th month of life). Exclusive or predominant breast-feeding for approximately 6 months is considered a desirable goal.	Complementary foods should not be introduced before 4 months but should not be delayed beyond 6 months
European Food Safety Authority (EFSA) [22]	Exclusive breast-feeding is nutritionally adequate up to 6 months for the majority of infants, while some infants may need complementary foods before 6 months (but not before the age of 4 months) in addition to breastfeeding to support optimal growth and development	The introduction of complementary food into the diet of healthy term infants between the age of 4 and 6 months is safe and does not pose a risk for adverse health effects

Tabla 1: Timing of food introduction into infant diet and corresponding level of evidence.

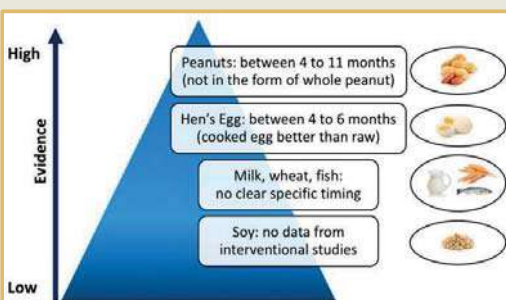


Imagen 1: Timing of food introduction into infant diet and corresponding level of evidence.

CONCLUSIONES

Se debe introducir progresivamente los alimentos sólidos, incluidos alergénicos comunes, durante el primer año, según la capacidad del lactante para masticar, mantener la cabeza y sentarse apoyado, y los hábitos familiares o culturales, comenzando alrededor de los seis meses, pero no antes de los cuatro meses, mientras se continua con la LM hasta los 2 años o más, según recomendaciones de la OMS.

En lactantes de riesgo, se recomienda el asesoramiento médico antes de introducir los alérgenos alimentarios más comunes para excluir una sensibilización a la IgE.

BIBLIOGRAFÍA

- Caffarelli C, et al. Solid Food Introduction and the Development of Food Allergies. *Nutrients*. 2018 Nov 17;10(11):1790. PMID: 30453619; PMCID: PMC6266759.
- Comberlati P, et al. Prevention of Food Allergy: The Significance of Early Introduction. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Jun 30;55(7):323. PMID: 31261990; PMCID: PMC6681183.
- Ferraro V, et al. Timing of Food Introduction and the Risk of Food Allergy. *Nutrients*. 2019 May 21;11(5):1131. PMID: 31117223; PMCID: PMC6567868.
- Lavery WJ, et al. How to prevent food allergy during infancy: what has changed since 2013? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2018 Jun;18(3):265-270. PMID: 29801355; PMCID: PMC8215517.
- Royal C, Gray C. Allergy Prevention: An Overview of Current Evidence. *Yale J Biol Med*. 2020 Dec 29;93(5):689-698. PMID: 33380931; PMCID: PMC7757062.

Resumen: *Fundamentos: Hay controversia en el momento de la introducción de la alimentación complementaria como estrategia para prevenir alergias alimentarias. El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible al respecto.*

Métodos: Revisión bibliográfica de estudios publicados en los últimos 5 años en inglés o español en MEDLINE (Pubmed).

Resultados: Se revisaron 18 artículos, y se seleccionaron los considerados relevantes para nuestro trabajo, siendo finalmente 5 los estudios incluidos en la revisión.

Conclusiones: retrasar la introducción de alimentos alérgenos en la dieta de los bebés después del primer año de vida resulta ineficaz para prevenir el desarrollo de alergias alimentarias.

Palabras Clave: *Alergia, Alimentación Complementaria, Prevención*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las recomendaciones internacionales a principios de los 2000 para prevenir el desarrollo de alergias alimentarias se centraban en la evitación de alérgenos alimentarios durante el embarazo y la lactancia y en retrasar su introducción hasta los 12 meses, los huevos hasta los 2 años y los cacahuets, frutos secos y pescado hasta los 3 años, basándose en la hipótesis de que la exposición a sólidos en la primera infancia podría aumentar el riesgo de sensibilización alérgica debido a la inmadurez y la permeabilidad de la barrera de la mucosa intestinal. Sin embargo, la incidencia de las alergias alimentarias ha aumentado significativamente en las dos últimas décadas en las sociedades occidentales convirtiéndose en un importante problema de salud. Varios estudios observacionales posteriores demostraron que la exposición tardía a los alimentos alérgicos no reducía el riesgo de alergia alimentaria, e incluso se planteaba que podría ser la causa de su creciente incidencia. Como consecuencia, se actualizaron las recomendaciones anteriores, reconociendo que no había evidencia de que retrasar la introducción de alimentación complementaria más allá de los 4-6 meses fuera efectiva para la prevención de alergia alimentaria.

Los nuevos conocimientos sobre la patogénesis de la alergia alimentaria han hecho que las actuales líneas de investigación se dirijan hacia la prevención mediante intervenciones más tempranas en las prácticas de alimentación complementaria.

El objetivo de este artículo es resumir la actual evidencia disponible sobre la edad recomendable para la introducción de alimentos alérgicos con el fin de prevenir la alergia alimentaria.

Objetivos:

Dar respuesta a la pregunta ¿a qué edad es recomendable iniciar la alimentación complementaria con el fin de reducir o prevenir el desarrollo de alergias alimentarias?

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda en la base de datos MEDLINE (Pubmed) en mayo de 2022 de los artículos publicados en los últimos cinco años en inglés y castellano en revisiones, revisiones sistémicas y metaanálisis. Para la búsqueda se utilizaron los siguientes términos MeSH: prevention & control; complementary feeding; food hypersensitivity.

La búsqueda devolvió 18 artículos de los cuales se descartaron aquellos centrados exclusivamente en lactancia materna, por no ser relevante para este trabajo. Finalmente se han utilizado 5 publicaciones.

Resultados:

Aunque las enfermedades atópicas tienen un componente genético importante, el reciente incremento de las tasas de alergia alimentaria podría ser atribuible a factores ambientales como la doble exposición a los alérgenos alimentarios, las influencias actuales del estilo de vida en el microbioma intestinal, las respuestas inmunitarias (hipótesis de la higiene) y los desequilibrios nutricionales de las dietas occidentales. Según la hipótesis de la doble exposición a alérgenos, la exposición transcutánea previa al inicio de la exposición oral puede aumentar el riesgo de desarrollar sensibilización transcutánea y alergia alimentaria.

En 2014 el estudio EAT (Enquiring About Tolerance) evaluó el efecto preventivo de una introducción muy temprana de seis alimentos alergénicos comunes (cacahuets, leche, huevo, trigo, pescado y sésamo). Los resultados sugieren que existe una reducción del riesgo de alergia al cacahuete y al huevo con la introducción antes de los 6 meses.

El estudio Learning Early About Peanut (LEAP) concluyó que la introducción del cacahuete entre los 4 y 11 meses disminuyó significativamente el desarrollo de alergia a los cacahuets entre los niños con alto riesgo de padecerla.

Un reciente metaanálisis de los cinco ECAs encontró pruebas de certeza moderada que indicaban que la introducción del huevo cocido a los 4-6 meses reducía la aparición de la alergia alimentaria.

Respecto a la lactancia materna (LM), no es posible llegar a la conclusión firme sobre su papel en la prevención de alergias alimentarias, sin embargo, la OMS recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses debido a sus múltiples beneficios, lo que estaría en contradicción con las pruebas recientes que sugieren que la introducción de sólidos alergénicos antes de esta edad podría reducir el riesgo de alergia. Por otro lado, los resultados de diferentes estudios sugieren que una alimentación complementaria más temprana no se asocia a una menor duración total de la LM. Por lo que podrían continuar con LM mientras se introducen los sólidos en la dieta, según las recomendaciones actuales AAP y ESPGHAN.

Conclusiones:

Las antiguas recomendaciones basadas en evitar por parte de la madre los sólidos alergénicos y retrasar su introducción en los lactantes han demostrado ser un medio ineficaz para prevenir la alergia alimentaria y ya no se recomiendan en las directrices internacionales. Del mismo modo, no hay pruebas de que pueda prevenir el desarrollo de alergia la exposición antes de los 4 meses.

Según las directrices actuales se debe introducir progresivamente los alimentos sólidos, incluidos alergénicos comunes, durante el primer año, según la capacidad del lactante para masticar, mantener la cabeza y sentarse apoyado, y los hábitos familiares o culturales, comenzando alrededor de los seis meses, pero no antes de los cuatro meses, mientras se continúa con la LM hasta los 2 años o más, según recomendaciones de la OMS.

En el caso de los lactantes de riesgo, se recomienda el asesoramiento médico antes de introducir los alérgenos alimentarios más comunes para excluir una sensibilización a la IgE, lo que aumentaría el riesgo de reacción al ingerirlos, y para discutir el mejor momento a la luz de la evidencia disponible.

Se necesitan la realización de más estudios para comprender mejor el potencial de prevención de la alergia alimentaria asociado a la introducción temprana de alimentos, el momento óptimo de introducción y las posibles implicaciones en la LM.

Bibliografía

1.- Caffarelli C, et all. Solid Food Introduction and the Development of Food Allergies. *Nutrients*. 2018 Nov 17;10(11):1790. PMID: 30453619; PMCID: PMC6266759.

2.- Comberiati P, et all. Prevention of Food Allergy: The Significance of Early Introduction. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Jun 30;55(7):323. PMID: 31261990; PMCID: PMC6681183.

3.- Lavery WJ, Assa'ad A. How to prevent food allergy during infancy: what has changed since 2013? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2018 Jun;18(3):265-270. PMID: 29601355; PMCID: PMC8215517.

4.- Royal C, Gray C. Allergy Prevention: An Overview of Current Evidence. *Yale J Biol Med*. 2020 Dec 29;93(5):689-698. PMID: 33380931; PMCID: PMC7757062.

5.- Ferraro V, et all Timing of Food Introduction and the Risk of Food Allergy. *Nutrients*. 2019 May 21;11(5):1131. PMID: 31117223; PMCID: PMC6567868.

Capítulo 170

Revisión bibliográfica sobre las diferentes posiciones maternas durante el parto.

*Carrillo Medina, Celia
García Ruiz, Julia María
Sánchez Alcover, Ana*

REVISION BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS DIFERENTES POSICIONES MATERNAS DURATE EL PARTO

CARRILLO MEDINA, CELIA. GARCIA RUIZ, JULIA MARÍA. SANCHEZ ALCOVER, ANA

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico y una experiencia única para la mujer. Debido a la introducción del parto en el ámbito hospitalario y al aumento de la medicalización, las actitudes instintivas y fisiológicas se han visto restringidas, siendo predominantes las posiciones maternas horizontales frente a las verticales. La elección de la posición materna debe adaptarse individualmente a cada mujer en las diferentes etapas del parto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe alentar a la mujer, independientemente del tipo de analgesia elegida, a adoptar la posición que sea de su elección.

OBJETIVO

Analizar los efectos de las diferentes posiciones adoptadas por la mujer en la segunda etapa del proceso de parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, IBECS, Scopus y CUIDEN estableciendo un límite temporal de diez años, aplicando el límite en la base de datos de publicaciones escritas en inglés y en español. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Parto, Segundo periodo del trabajo de parto, Modalidades de posición.



RESULTADOS

Las posiciones verticales favorecen el efecto de la gravedad y consecuente descenso de la cabeza fetal en la segunda etapa de parto; generan contracciones uterinas más eficientes y en consecuencia pujos maternos más efectivos; además de aumentar los diámetros pélvicos. Todos estos efectos en su conjunto, reducen la duración de la segunda etapa de parto y disminuyen las tasas de partos instrumentales y distócicos.

Con respecto a las lesiones perineales los resultados son dispares. En el metanálisis realizado por Santiago et al. (2015) las posturas verticales se asociaban a una reducción en el número de episiotomías en mujeres nulíparas y multíparas, independientemente de la paridad. Sin embargo, se relacionaban con un aumento del número de desgarros labiales y desgarros que precisan sutura. La reducción de la segunda etapa de parto, conlleva un rápido descenso de la cabeza fetal, que puede justificar el aumento del número de lesiones perineales.

En la revisión Cochrane realizada por Kempt et al. (2013) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las posiciones verticales y horizontales con respecto a la incidencia de partos instrumentales y distócicos, duración de la segunda etapa de parto, lesiones perineales, bajos valores de pH de cordón fetal y la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, los autores plantean futuras líneas de investigación en las que se clasifiquen las posiciones maternas en función de la movilidad del sacro. En el metaanálisis elaborado por Berta et al. (2019) se evidenció que con el uso de posiciones maternas en las que el sacro queda libre, se reduce la duración de la segunda etapa de parto. Esta disminución en el tiempo de duración del expulsivo reduce el número de intervenciones en la madre, así como las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, hipoxia y acidosis.

CONCLUSIÓN

No existe una posición ideal en la segunda etapa de parto. Las matronas deben de animar a la mujer a adoptar posiciones en las que se encuentren cómodas, promoviendo en la práctica clínica el parto fisiológico y mejorando con ello la satisfacción materna. Son necesarias futuras líneas de investigación en las que se valore la movilidad de la pelvis en la segunda etapa de parto.



Resumen: *Introducción: Debido a la introducción del parto en el ámbito hospitalario y al aumento de la medicalización, las actitudes instintivas y fisiológicas de la mujer se han visto restringidas. Objetivo: Analizar los efectos de las posiciones adoptadas por la mujer durante la segunda etapa de parto. Material y métodos: Revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos. Resultados: Actualmente no es posible establecer recomendaciones sobre cuál es la posición ideal. Conclusión: No existe una posición ideal, las mujeres deben adoptar posiciones en las que se encuentren cómodas, promoviendo el parto fisiológico y mejorando con ello la satisfacción materna.*

Palabras Clave: *Parto, Segundo Periodo del Trabajo de Parto, Modalidades de posición.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El parto es un proceso fisiológico y una experiencia única para la mujer. Debido a la introducción del parto en el ámbito hospitalario y al aumento de la medicalización, las actitudes instintivas y fisiológicas se han visto restringidas, siendo predominantes las posiciones maternas horizontales frente a las verticales. Se definen como posiciones verticales aquellas en las que el eje principal de la mujer forma un ángulo de 45 grados con respecto a la horizontal, como son la sedestación, en cuclillas, semifowler (en aquellos casos en los que exista un ángulo mayor a 45 grados), de rodillas y en bipedestación. Las posiciones horizontales son aquellas en las que el eje principal de la mujer forma un ángulo menor de 45 grados sobre el eje horizontal, incluye posiciones como: litotomía, laterales, trendelemburg, cuadrupedia y semifowler (en aquellos casos en los que exista un ángulo menor de 45 grados). La elección de la posición materna debe adaptarse individualmente a cada mujer en las diferentes etapas del parto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe alentar a la mujer, independientemente del tipo de analgesia elegida, a adoptar la posición que sea de su elección.

Objetivo:

Analizar los efectos de las diferentes posiciones adoptadas por la mujer en la segunda etapa del proceso de parto.

Material y Método:

Revisión de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, IBECs, Scopus y CUIDEN estableciendo un límite temporal de diez años, aplicando el límite en la base de datos de publicaciones escritas en inglés y en español. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Parto, Segundo periodo del trabajo de parto, Modalidades de posición.

Resultados:

Las posiciones verticales favorecen el efecto de la gravedad y consecuente descenso de la cabeza fetal en la segunda etapa de parto; generan contracciones uterinas más eficientes y en consecuencia pujos maternos más efectivos; además de aumentar los diámetros pélvicos. Todos estos efectos

en su conjunto reducen la duración de la segunda etapa de parto y disminuyen las tasas de partos instrumentales y distócicos. Con respecto a las lesiones perineales los resultados son dispares. En el metaanálisis realizado por Santiago et al. (2015) las posturas verticales se asociaban a una reducción en el número de episiotomías en mujeres nulíparas y multíparas, independientemente de la paridad. Sin embargo, se relacionaban con un aumento del número de desgarros labiales y desgarros que precisan sutura. La reducción de la segunda etapa de parto conlleva un rápido descenso de la cabeza fetal, que puede justificar el aumento del número de lesiones perineales.

En la revisión Cochrane realizada por Kempt et al. (2013) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las posiciones verticales y horizontales con respecto a la incidencia de partos instrumentales y distócicos, duración de la segunda etapa de parto, lesiones perineales, bajos valores de pH de cordón fetal y la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, los autores plantean futuras líneas de investigación en las que se clasifiquen las posiciones maternas en función de la movilidad del sacro. En el metaanálisis elaborado por Berta et al. (2019) se evidenció que con el uso de posiciones maternas en las que el sacro queda libre, se reduce la duración de la segunda etapa de parto. Esta disminución en el tiempo de duración del expulsivo reduce el número de intervenciones en la madre, así como las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, hipoxia y acidosis.

Actualmente la evidencia científica disponible no nos permite establecer unas recomendaciones en base a cuál es la posición ideal en la segunda etapa de parto. Además, son múltiples los factores a tener en cuenta a la hora de establecer los límites de duración de la segunda etapa de parto, tales como: la edad materna, la paridad, el tamaño y la forma de la pelvis, la altura y el peso materno, la fuerza de las contracciones uterinas, la resistencia de los tejidos blandos, el esfuerzo materno durante el expulsivo, el peso del recién nacido, la posición y el grado de flexión fetal y la modalidad de analgesia epidural. En consecuencia, las mujeres deben ser alentadas a adoptar aquellas posiciones en que estén más cómodas y promover la libertad de movimiento durante el trabajo de parto, fomentando una mayor participación y un papel más activo.

Conclusiones:

No existe una posición ideal en la segunda etapa de parto. Las matronas deben de animar a la mujer a adoptar posiciones en las que se encuentren cómodas, promoviendo en la práctica clínica el parto fisiológico y mejorando con ello la satisfacción materna. Son necesarias futuras líneas de investigación en las que se valore la movilidad de la pelvis en la segunda etapa de parto.

Bibliografía

1.- Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.

2.- Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2017; 208:46-54. Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Matronas Prof. 2015; 16(3): 90-95.

3.- Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Matronas Prof. 2015; 16(3): 90-95

4.- Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between

5.- Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. BMC pregnancy childbirth. 2019 ;19(1): 466.

Capítulo 171

Riesgo de Atragantamiento en Alimentación Complementaria Tradicional y BLW.

*Morales Burgos, Yolanda
Moreno Manzanares, Fátima
Moreno Garcia, M^a Del Carmen
Robles Burgos, Jose Carlos*

RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO EN ALIMENTACION COMPLEMENTARIA TRADICIONAL Y BLW

AUTORES: MORALES BURGOS YOLANDA, MORENO MANZANARES FÁTIMA, MORENO GARCÍA M^ª DEL CARMEN, ROBLES BURGOS JOSE CARLOS

1. INTRODUCCION

La AC se define como el proceso que se inicia cuando la leche materna por si sola no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante. Normalmente abarca desde los 6 a los 24 meses.

El BLW es un método alternativo de la introducción de alimentos en el cual el niño se alimenta por si mismo con sus manos y con alimentos sólidos en lugar de triturados.



2. OBJETIVOS

- Detectar si existe más riesgo de atragantamiento en niños que siguen la alimentación complementaria tradicional o el BLW.
- Identificar si con el método BLW se ingiere la energía necesaria.

3. METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión realice una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud; Google académico, Pubmed, CUIDEN y Cochrane.

Las palabras clave fueron; alimentación infantil, alimentación complementaria, choking in babies, chokinghazard in infants, BLW. El operador booleano empleado para la búsqueda ha sido AND.

En la primera fase de búsqueda seleccioné 40 publicaciones que tras una lectura critica mi selección fue de 10 publicaciones.

Como criterios de inclusión; artículos escritos en español e inglés, publicaciones entre el 2010-2021, sin restricción de sexo ni origen étnico.

Como criterios de exclusión; artículos escritos en un idioma diferente al español o inglés, publicaciones más antiguas del 2010.

4. RESULTADOS



La existencia de un periodo crítico de introducción de alimentos y de variación de texturas apoya la hipótesis de que el lactante acepta mejor el cambio a distintas texturas entre los 6-8 meses, fuera de este tiempo la aceptación seria mas tardía y complicada.

La evolución en madurez neurológica tiene un papel fundamental para el avance en la consistencia de los alimentos y esta debe cambiar en base a las necesidades que dicten las habilidades adquiridas.

Los niños alimentados por BLW aprenden a regular mejor la ingestión de alimentos, lo que se asocia a un menor IMC y a preferir alimentos más saludables.

5. CONCLUSIONES

No hubo diferencias en el numero de niños que se atragantaron siguiendo una AC tradicional o los que siguieron el BLW. Aunque los padres deben de ser guiados para evitar la introducción de alimentos que presenten un riesgo de asfixia.

El BLW se asocia a una mayor duración de la lactancia materna, mayor participación infantil en las comidas familiares y mayor autorregulación de la saciedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12528>

http://www.sccalp.org/documents/0000/1965/BolPediatr2013_53_156_163.pdf

Resumen: A partir de los 6 meses, los bebés necesitan comenzar a tomar alimentos diferentes de la leche materna, esta deja de ser suficiente para suplir todas sus necesidades nutricionales.

El BLW es una técnica cada vez más extendida en nuestro país. Este método consiste en la alimentación complementaria dirigida es él bebe quien según sus mecanismos de hambre escoge dentro de una oferta de alimentos saludables que cantidad quiere y cuando los quiere tomar. En base a los estudios disponibles la frecuencia de atragantamientos no es mayor cuando se decide utilizar este método de alimentación complementaria.

Palabras Clave: Child Nutrition, Infant, Airway Obstruction.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La AC (alimentación complementaria) comprende un periodo en la vida del lactante que se inicia cuando se introducen alimentos distintos a la leche materna. Está condicionada por factores sociales y del medio ambiente. Incidiendo directamente en el estado nutricional y el estado de salud.

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) la alimentación complementaria se define como el proceso que se inicia cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante.

La transición de la lactancia materna exclusiva a los alimentos familiares normalmente abarca el periodo que va de los 6 meses a los 24 meses de edad.

El BLW (Baby Lead Weaning) es un método alternativo de introducción de alimentos complementarios en lactantes en el cual los niños se alimentan por sí mismos con sus manos en lugar de ser alimentados con cuchara por un adulto. En el BLW se ofrecen piezas de alimentos preparadas apropiadamente, según la edad, para que el lactante se alimente por sí mismo.

Objetivos:

- a) Detectar si existe más riesgo de atragantamiento en niños que siguen la alimentación complementaria tradicional o el BLW.
- b) Identificar si con el método BLW se ingiere la energía necesaria.

Material y Método:

Para realizar esta revisión realice una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud; Google académico, Pubmed, CUIDEN y Cochrane.

Las palabras clave utilizadas fueron; alimentación infantil, alimentación complementaria, choking in babies, chokinghazard in infants, BLW. El operador booleano empleado para la búsqueda ha sido AND.

En la primera fase de búsqueda seleccioné 40 publicaciones que tras una lectura crítica mi selección fue de 10 publicaciones.

Como criterios de inclusión; artículos escritos en español e inglés, publicaciones entre el 2010-2021, sin restricción de sexo ni origen étnico.

Como criterios de exclusión; artículos escritos en un idioma diferente al español o inglés, publicaciones más antiguas del 2010.

Resultados:

La evolución en madurez neurológica tiene un papel fundamental para el avance en la consistencia de los alimentos y esta debe cambiar en base a las necesidades que dicten las habilidades adquiridas.

Existe un periodo crítico de introducción de alimentos y de variación de texturas. El lactante acepta mejor el cambio a distintas texturas entre los 6-8 meses, fuera de este periodo la aceptación sería más tardía y complicada.

Los niños alimentados por BLW aprenden a regular mejor la ingestión de alimentos, lo que se asocia a menor IMC y a preferir alimentos más saludables.

Conclusiones:

No hubo diferencias en el número de niños que se atragantaron siguiendo una alimentación complementaria tradicional o los que siguieron el BLW. Aunque los padres que deciden utilizar el método BLW deben de ser guiados para evitar la introducción de alimentos que presenten un riesgo de asfixia.

El BLW se asocio a una mayor duración de la lactancia materna exclusiva, mayor participación infantil en las comidas familiares y mayor autorregulación de la saciedad.

Bibliografía

- 1.-https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatria-Integral-XIX-4_WEB.pdf#page=36
- 2.- http://www.sccalp.org/documents/0000/1965/BolPediatr2013_53_156_163.pdf
- 3.-https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322016000100015&script=sci_arttext&tlng=en
- 4.-<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12528>

Capítulo 172

SAHS y la importancia de la Educación Sanitaria en la Consulta de Enfermería

*Vivar López-Bueno, Silvia
Ruda Higuero, Alba
Mazuecos Araque, María del Pilar
Molina Torrecillas, Inmaculada
Balzanelli Duchini, Alejandro
Lorente Cañadas, Yeneva*

SAHS Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

SATSE

Silvia Vivar López-bueno, Alba Ruda Higuero, María del Pilar Mazuecos Araque, Inmaculada Molina Torrecillas, Alejandro Balzanelli Duchini, Yeneva Lorente Cañadas

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es actualmente un problema de salud pública. Su prevalencia, se estima, que afecta aproximadamente al 6% de la población adulta si hablamos de varones, y a un 2% si hablamos de mujeres. Se caracteriza por la oclusión intermitente de la vía aérea durante el sueño, que provoca estado de hipoxia e hipercapnia que a la larga conllevan graves problemas de salud. El SAHS se relaciona con hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, metabólicas, cardiovasculares, accidentes de tráfico y disminución de la calidad de vida.

Uno de los principales problemas es el infra diagnóstico y la incorrecta o la poca adhesión terapéutica a la CPAP, su principal método terapéutico y preventivo de la comorbilidad derivada. Aquí radica la importancia de reconocerlo a tiempo desde consulta de enfermería y en insistir en la correcta utilización de la CPAP, a la vez que concienciar de los beneficios preventivos de su uso.

OBJETIVOS

- Incentivar la educación sanitaria sobre la adhesión terapéutica a la CPAP desde la consulta de Enfermería.
- Ampliar los conocimientos básicos sobre SAHS tanto en sanitarios como en pacientes y familiares.
- Disminuir la comorbilidad asociada al SAHS a través de la educación sanitaria de enfermería.
- Disminuir el impacto socioeconómico del SAHS no tratado o con escasa adhesión terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión bibliográfica llevada a cabo siguientes bases de datos científicas: PubMed, Scielo, y Medline. Los criterios de inclusión hacen referencia a tener en cuenta artículos publicados en los últimos 10 años, y en dos idiomas: español e inglés.

RESULTADOS

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la importancia de la educación sanitaria desde la consulta de enfermería y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Destacan las siguientes recomendaciones:

- Reconocer a los pacientes con un IMC elevado (obesidad) ya que tienen mayor probabilidad de desarrollar un SAHS. Es importante dar medidas higienicodietéticas a los pacientes para reducir el peso, ya que la pérdida de peso se relaciona con una disminución del número de apneas y una mejoría de la oxigenación nocturna.
- Recomendar la abstinencia de alcohol, o al menos evitarlo en las horas vespertinas ya que su consumo provoca depresión de la actividad de la musculatura dilatadora faríngea, lo que favorece un desequilibrio entre las fuerzas dilatadoras y las constrictoras de la VAS.
- Evitar el tabaco, ya que se relaciona con roncopatía, apneas de mayor duración y desaturaciones más severas.
- Evitar el uso de benzodiazepinas, puesto que disminuyen la respuesta ventilatoria a la hipoxia y la hipercapnia durante el sueño y también durante la vigilia.
- Recomendar dormir de decúbito lateral, evitando el decúbito supino.
- Promover y concienciar sobre una correcta utilización de la CPAP se relaciona con una disminución a largo plazo de las comorbilidades asociadas del SAHS.

CONCLUSIONES

Desde la consulta de Enfermería, a través de educación sanitaria podemos propiciar cambios de hábitos y la autoconciencia de enfermedad, lo que llevarán al paciente a ser partícipe en mayor grado de su problema de salud, aumentando su iniciativa a cambiar hábitos y favoreciendo una mayor adherencia terapéutica a la CPAP, mejorando así su calidad de vida y reduciendo la posibilidad de múltiples comorbilidades asociadas.

Resumen: *El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es actualmente un problema de salud pública, relacionado con diversas comorbilidades: hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, metabólicas, accidentes de tráfico... En gran parte, está propiciado por factores de riesgo modificables, y su principal método terapéutico es la CPAP, a la cual muchos pacientes no tienen una adecuada adherencia derivada de una baja autoconciencia de enfermedad. En estos dos últimos puntos reside la importancia de la educación sanitaria que ha demostrado mejorar la calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo a su vez las comorbilidades asociadas y el impacto socioeconómico que genera.*

Palabras Clave: *Apnea del sueño, Educación sanitaria, Cuidado de Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es actualmente un problema de salud pública significativo. Su prevalencia, se estima, que afecta aproximadamente al 6% de la población adulta si hablamos de varones, y a un 2% si hablamos de mujeres. Se caracteriza por la oclusión intermitente de la vía aérea durante el sueño, que provoca estado de hipoxia e hipercapnia que, mantenido en el tiempo, conllevan graves problemas de salud. El SAHS se relaciona con diversas comorbilidades, tales como: hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, metabólicas, cardiovasculares, accidentes de tráfico provocados por la hipersomnolia diurna, y disminución de la calidad de vida. Uno de los principales problemas es el infra diagnóstico, y si nos referimos a los pacientes que ya se encuentran diagnosticados el principal problema sería el incorrecto uso o la poca adhesión terapéutica a la CPAP (continuous positive airway pressure), su principal método terapéutico y preventivo de la comorbilidad derivada. Así mismo, el SAHS está provocado en gran parte, por factores de riesgo modificables. Es aquí dónde radica la importancia de reconocerlo a tiempo desde la Consulta de Enfermería, trabajar en los factores de riesgo modificables, y ofrecer educación sanitaria de calidad que aumente la autoconciencia de enfermedad, provocando así una mejora sustancial en la calidad de vida presente y futura de los pacientes, así como previniendo posibles comorbilidades a largo plazo.

Objetivos:

Los objetivos a conseguir con esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Incentivar la educación sanitaria sobre la adhesión terapéutica a la CPAP desde la consulta de Enfermería.
- Ampliar los conocimientos básicos sobre SAHS tanto en sanitarios como en pacientes y familiares.
- Disminuir la comorbilidad asociada al SAHS a través de la educación sanitaria de enfermería.
- Disminuir el impacto socioeconómico del SAHS no tratado o con escasa adhesión terapéutica.

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica llevada a cabo siguientes bases de datos científicas: PubMed, Scielo, y Medline. Los criterios de inclusión hacen referencia a la actualidad de los artículos y al idioma en el que estaban publicados. Por ello, solo se han tenido en cuenta artículos publicados en los últimos 10 años, y en dos idiomas: español e inglés.

Resultados:

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la importancia de la educación sanitaria desde la consulta de enfermería y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Los estudios consultados ponen de manifiesto la importancia de realizar educación sanitaria en los factores de riesgo modificables del SAHS, así como propiciar buena información que aumente la autoconciencia de enfermedad de estos pacientes que a su vez repercute de manera directa en su calidad de vida. Entre las recomendaciones, destacan las siguientes:

- Reconocer, en consulta de Enfermería, a los pacientes con un IMC elevado (sobrepeso u obesidad) ya que tienen mayor probabilidad de desarrollar un SAHS. Es importante dar medidas higienicodietéticas a los pacientes para reducir el peso, ya que la pérdida de peso en estos pacientes se relaciona con una disminución del número de apneas y una mejoría de la oxigenación nocturna. Se ha demostrado que reducción del 5-10% del peso en estos pacientes, se asocia a la disminución del IAH (Índice de Apneas-Hipoapneas de sueño). y a un mejor control de los síntomas.

- Recomendar la abstinencia de alcohol, o en su defecto, al menos evitarlo en las horas vespertinas, ya que su consumo provoca depresión de la actividad de la musculatura dilatadora faríngea, lo que favorece un desequilibrio entre las fuerzas dilatadoras y las constrictoras de la VAS (vía aérea superior).

- Evitar el tabaco, puesto que se relaciona con el desarrollo de roncopatía, además, de provocar apneas de mayor duración y desaturaciones más severas.

- Evitar el uso de benzodiazepinas, puesto que disminuyen la respuesta ventilatoria a la hipoxia y la hipercapnia durante el sueño y también durante la vigilia. Si fuese necesario utilizar inductores del sueño en estos pacientes, es mejor opción optar por hipnóticos no benzodiazepínicos (como, zopiclona, zaleplón, zolpidem), debido a que tienen una vida media más corta y no producen alteraciones respiratorias durante el sueño.

- Recomendar a los pacientes dormir de decúbito lateral, evitando el decúbito supino. Esto es así ya que algunos pacientes solo desarrollan SAHS al dormir en decúbito supino, y otros, tienen un mayor número de IAH en esta posición en comparación con decúbito lateral.

- Promover y concienciar sobre una correcta utilización de la CPAP, realizando educación sanitaria en consulta de Enfermería, y aumentando el conocimiento sobre los beneficios que ésta aporta, se relaciona con una disminución a largo plazo de las comorbilidades asociadas del SAHS y una mejora de la calidad de vida

Conclusiones:

Desde la consulta de Enfermería, a través de educación sanitaria podemos propiciar cambios de hábitos y la autoconciencia de enfermedad, lo que llevarán al paciente a ser partícipe en mayor grado de su problema de salud, aumentando su iniciativa a cambiar hábitos y factores de riesgo

modificables, y favoreciendo una mayor adherencia terapéutica a la CPAP, mejorando, de esta forma, su calidad de vida y reduciendo la probabilidad de desarrollar múltiples comorbilidades a lo largo de su vida.

Bibliografía

1.- Guijarro-Herráiz M, Arias-Palencia N, Lucas- de la Cruz L, Guijarro-Herráiz B, Notario-Pacheco B, Palomo-Carrión R et al. Alternatives to continuous positive airway pressure treatment in sleep apnoeas and hypopnoeas syndrome related to myofunctional and postural reeducation therapy: protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(12):e049286.

2.-Flores Roche I, Idar Jamrir K, Ezquerro Parmo T, Jimeno Sánchez G, Zalduendo Ferrer L, Sancho Sarria I. Programa de educación para la salud dirigido a pacientes con el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS). *Ocronos*. 2021; 4(12): 304.

3.- Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García M, Marín J, Ferrer A, Corral J et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Archivos de Bronconeumología*. 2011;47(3):143-156.

Capítulo 173

Sangrados anormales en niños a propósito de un caso de Von Willebrand

*Mora Fernández-Pacheco, Eva María
Suárez Barcena González, Laura
Mena Expósito, Virginia
Merlo Garrido, Adela
Gallego Román, Inmaculada
Rubio García, María Nuria*

SANGRADOS ANORMALES EN NIÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND

Eva María Mora Fernández-Pacheco, Laura Suarez Bárcena, Virginia Mena Expósito, Adela Merlo Garrido, Inmaculada Gallego Román y M^a Nuria Rubio García

INTRODUCCIÓN

- La enfermedad de Von Willebrand es uno de los trastornos hemorrágicos más frecuentemente descritos. Consiste en el déficit del factor Von Willebrand (proteína que ayuda a la coagulación de la sangre), o bien un mal funcionamiento de este.
- Se trata de una enfermedad hereditaria en la mayor parte de los casos, pero también puede ser adquirida.
- El síntoma principal es un sangrado anormal, aunque puede no mostrar síntomas según el grado.
- El tratamiento consiste en la administración de factor VIII. En los casos más leves se administra en tratamientos quirúrgicos o hemorragias, sin embargo, en los casos más graves de esta enfermedad se debe administrar una dosis profiláctica de mantenimiento.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Niña de 2 años que acude al servicio de Urgencias en reiteradas ocasiones por epistaxis que no ceden.
- Tras realizar analítica con estudio de coagulación se confirma el diagnóstico.
- De manera recurrente, durante varias semanas, se administra factor VIII cada vez que acude a urgencias hasta que finalmente es derivada al servicio de Hematología del Hospital de la Paz.
- Pruebas realizadas: antígeno del factor Von Willebrand (mide la cantidad del factor), prueba de actividad del factor Von Willebrand (mide el funcionamiento del factor), prueba de actividad del factor VIII de la coagulación (mide concentración del factor VIII y su funcionamiento), prueba de multímeros (identifica el tipo de enfermedad), pruebas de función plaquetaria.
- Una vez analizado el caso en profundidad se pauta la administración profiláctica de Willate 750 UI tres veces por semana de manera indefinida.
- Para su administración se le implanta reservorio venoso subcutáneo.
- Inicialmente la paciente presenta llanto e irritabilidad en la administración.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

• Recomendaciones a la paciente y familiares:

- Prevención de hemorragias: evitar traumatismos, heridas, ... modificando el estilo de vida.
- Fomentar la práctica de actividad física evitando los deportes de contacto. Se recomiendan actividades como ciclismo, caminar o natación.
- Alimentación saludable.
- Recomendaciones farmacológicas: evitar antiinflamatorios no esteroideos y aspirina u otros medicamentos que afecten al funcionamiento de las plaquetas. Se recomienda el paracetamol.

• Cuidados del reservorio:

- Higiene del reservorio.
- Controlar sangrados tras la administración del tratamiento.
- Educación al paciente/familia del cuidado del reservorio.

Administración del tratamiento:

- Administración lunes-miércoles-viernes.
- Preparación de la medicación, colocación del campo estéril y el material necesario.
- Desinfección de la zona (clorhexidina).
- Punción del reservorio, comprobación de funcionamiento, lavado con suero fisiológico, administración del fármaco, lavado con suero fisiológico y sellado con heparina sódica 20UI/ml y retirada de la aguja Hubber/Gripper.
- Administración del fármaco: velocidad de infusión no superior a 4 ml/min. Tiempo de administración: 3-5 min.



NANDA	NOC	NIC
Ansiedad	Autocontrol de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad. • Escucha activa. • Asesoramiento. • Técnicas de relajación. • Apoyo emocional. • Facilitar visitas. • Apoyo al cuidador principal.
Riesgo de sangrado	Control del riesgo. Conocimiento. Autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia para el autocuidado.
Disposición para Mejorar la gestión de la Propia salud.	Conocimiento: régimen terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: proceso de enfermedad. • Enseñanza: medicamentos prescritos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

- Tras dos años de seguimiento de la paciente, se ha conseguido el control de los sangrados. El estrés inicial que presentaba la paciente y familia en las administraciones ha disminuido.
- De cara al futuro habría que trabajar en profundidad la educación a la paciente y la familia para lograr la administración domiciliar del factor, la conservación y buenas prácticas en el uso del reservorio y el catéter.

REFERENCIAS

- Factor VIII/factor Von Willebrand | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/factor-viii/factor-von-willebrand>
- Homero GUTIÉRREZ-AGUIRRE Monterrey C, Luis VILLELA-MARTÍNEZ Hermosillo MM, GIRALT Nueva York S, David GÓMEZ-ALMAGUER Monterrey E, Renán GÓNGORA-BIACHI Mérida MA, Bertha IBARRA Guadalajara M, et al. abril-junio www.nietoeditores.com.mx EDITORES EN JEFE. Rev Hematol Mex [Internet]. 2018 [cited 2022 May 17];19. Available from: www.nietoeditores.com.mx.
- Enfermedad de von Willebrand (para Padres) - XXXLiveAndWorkWellXXX [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://kidshealth.org/LAWW/es/parents/vwd.html>

Resumen: *Paciente de 2 años que acude al servicio de Urgencias Pediátricas por sangrados recurrentes. Tras varios episodios se deriva para valoración a hospital de referencia (Hospital de la Paz) donde se detecta déficit del factor von Willebrand.*

Se pauta administración profiláctica de Wilate 750 UI tres veces a la semana de manera indefinida.

Se establece plan de cuidados de enfermería destacando tres aspectos: educación sanitaria a la paciente y familia; cuidados del reservorio y administración del tratamiento en el centro sanitario.

Tras dos años de seguimiento se ha conseguido el control de los sangrados.

Palabras Clave: *Enfermeras Pediátricas; Enfermedades de Von Willebrand; Hematología*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Von Willebrand es uno de los trastornos hemorrágicos más frecuentemente descritos. Consiste en el déficit del factor Von Willebrand (proteína que ayuda a la coagulación de la sangre), o bien, un mal funcionamiento de este.

Se trata de una enfermedad hereditaria en la mayor parte de los casos, pero también puede ser adquirida.

El síntoma principal es un sangrado anormal, aunque puede no mostrar síntomas según el grado.

El tratamiento consiste en la administración de factor VIII. En los casos más leves se administra en tratamientos quirúrgicos o hemorragias, sin embargo, en los casos más graves de esta enfermedad se debe administrar una dosis profiláctica de mantenimiento.

Observación Clínica:

Niña de 2 años que acude al Servicio de Urgencias en reiteradas ocasiones por epistaxis que no ceden.

Tras realizar analítica con estudio de coagulación se confirma el diagnóstico.

De manera recurrente, durante varias semanas, se administra factor VIII cada vez que acude a Urgencias hasta que finalmente es derivada al servicio de Hematología del Hospital de la Paz.

Las pruebas realizadas fueron: antígeno del factor Von Willebrand (mide la cantidad del factor), prueba de actividad del factor Von Willebrand (mide el funcionamiento del factor), prueba de actividad del factor VIII de la coagulación (mide concentración del factor VIII y su funcionamiento), prueba de multímeros (identifica el tipo de enfermedad), pruebas de función plaquetaria.

Una vez analizado el caso en profundidad se pauta la administración profiláctica de Willate 750 UI tres veces por semana de manera indefinida.

Para su administración se le implanta reservorio venoso subcutáneo

Inicialmente la paciente presenta llanto e irritabilidad en la administración.

Plan de Cuidados Enfermeros:

1. RECOMENDACIONES A LA PACIENTE Y FAMILIARES:

- Prevención de hemorragias: evitar traumatismos, heridas, ... modificando el estilo de vida.
- Fomentar la práctica de actividad física evitando los deportes de contacto. Se recomiendan actividades como ciclismo, caminar o natación.
- Alimentación saludable.
- Recomendaciones farmacológicas: evitar antiinflamatorios no esteroideos y aspirina u otros medicamentos que afecten al funcionamiento de las plaquetas. Se recomienda el paracetamol como anagésico y antitérmico.
- Cuidados del reservorio:
 - Controlar sangrados tras la administración del tratamiento.
 - Educación al paciente/familia del cuidado e higiene del reservorio.

2. ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO.

- Administración lunes-miércoles-viernes.
- Preparación de la medicación, colocación del campo estéril y el material necesario.
- Desinfección de la zona (clorhexidina acuosa al 2%).
- Punción del reservorio, comprobación de funcionamiento, lavado con suero fisiológico, administración del fármaco, lavado con suero fisiológico, sellado con heparina sódica 20 UI/ml (3ml) y retirada de la aguja Hubber/Gripper.
- Administración del fármaco: velocidad de infusión no superior a 4 ml/min. Tiempo de administración: 3-5 min.

Discusión y Conclusiones:

Tras dos años de seguimiento de la paciente, se ha conseguido el control de los sangrados.

El estrés inicial que presentaba la paciente y familia en las administraciones ha disminuido.

De cara al futuro habría que trabajar en profundidad la educación a la paciente y la familia para lograr la administración domiciliaria del factor, la conservación y buenas prácticas en el uso del reservorio y el catéter.

Bibliografía

1.- Factor VIII/factor Von Willebrand | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/factor-viii-factor-von-willebrand>

2.- Homero GUTIÉRREZ-AGUIRRE Monterrey C, Luis VILLELA-MARTÍNEZ Hermosillo MM, GIRALT Nueva York S, David GÓMEZ-ALMAGUER Monterrey E, Renán GÓNGORA-BIACHI Mérida MA, Bertha IBARRA Guadalajara M, et al. abril-junio www.nietoeditores.com.mx EDITORES EN JEFE. Rev Hematol Mex [Internet]. 2018 [cited 2022 May 17];19. Available from: www.nietoeditores.com.mx.

3.- Enfermedad de von Willebrand (para Padres) - XXXLiveAndWorkWellXXX [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://kidshealth.org/LAWW/es/parents/vwd.html>

Capítulo 174

Sarna en 2022: a propósito de un caso

*Ortiz Godoy, Ángela
Cruz Moreno, María
Gallardo Mena, Emilia*

SARNA EN 2022

INTRODUCCIÓN

La sarna, también conocida como escabiosis, es una enfermedad de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Es una patología muy contagiosa y que constituye una dermatosis frecuente. Afortunadamente se trata fácilmente, por lo que no se asocia a complicaciones graves. La sarna se presenta frecuentemente en forma de brotes surgidos en instituciones sociosanitarias o militares -el contagio es más frecuente en lugares de continua convivencia y presencia de camas reutilizadas-, que afectan a los residentes y al personal y que generalmente son difíciles de detectar y controlar por el infradiagnóstico y la demora o ausencia en la notificación de los brotes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentación del caso; Mujer, 38 años, manifiesta prurito de 4 meses aprox de evolución, inicialmente localizado en flanco abdominal izquierdo, que aumenta y se extiende al resto de abdomen y miembros inferiores y superiores. De predominio nocturno, intensificándose en las últimas semanas, le produce despertares por la intensidad del picor.

Otros datos de interés; antecedentes de dermatitis atópica, alérgica a Aminoglucosidos, no fumadora, no consumo alcohol, correctamente vacunada (incluida 3º dosis Sars-cov2). En tratamiento por Endometriosis (Etinilestradiol/Drospirenona 0.02/3mg)

Exploración física y pruebas complementarias:

Exploración física; no se aprecian lesiones en la piel, solo lesiones por rascado. Eupneica, buena hidratación, afebril, normotensa, normoglucémica.

Rx de tórax; sin alteraciones

Analítica; proteinograma normal, Ig E 5.21 Ku/l, Phadiatop alérgenos inhalantes Ig E negativo, Mezcla de alérgenos alimentarios 5 Ig E negativo, latex Ig E < 0.10 Ku/l, anisakis Ig E < 0.10 Ku/l, especies de Ascaris Ig E < 0.10 Ku/l. Serología (Hidatidosis, VHA, Antígeno HBs, Anticuerpos Anti HBs) negativo.

Fuera de rango; proteínas totales (6.2 g/dl) y hematíes ($4.17 \times 10^6 /L$)

Diagnóstico: Escabiosis

Tratamiento: se pauta Permetrina 5% vía tópica, para aplicar en todo el cuerpo excepto cuero cabelludo y mucosas, en aplicación de 8-14h y después retirar. Con posibilidad de segunda aplicación en 14 días si los síntomas persisten.



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
[00126] Conocimientos deficientes, sarna	[1609] Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. Acciones personales para paliar o eliminar patología. [1805] Conocimiento: conductas sanitarias. Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud. [1803] Conocimiento: régimen terapéutico. Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.	[5520] Facilitar el aprendizaje. Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información. [5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
[00046] Deterioro de la Integridad Cutánea	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Integridad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.	[3660] Cuidados de las heridas. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas. [3590] Vigilancia de la piel. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
[00004] Riesgo de Infección	[1902] Control del riesgo. Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.	[6540] Control de infecciones. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
[00095] Insomnio	[0004] Sueño [0003] Descanso	[1850] Mejorar el sueño.

DISCUSIÓN

Debido a la baja incidencia de dermatosis de este tipo, en ocasiones al paciente le resulta difícil llegar a un diagnóstico y tratamiento acorde con su patología. Tras la fase aguda de la pandemia por SARS-coV-2 se están datando enfermedades infradiagnosticadas cuyos datos sugieren un aumento de su incidencia.

CONCLUSIONES

Tras observar en la práctica asistencial casos como éste, y analizando las cifras que ya nos aportan diferentes organismos. Se debería dar visibilidad y concienciar a nivel poblacional y profesional de la nueva tendencia. Instruyendo a la población en medidas higiénicas y aportando conocimientos sobre signos y síntomas de estas patologías, y a nivel profesional, tener con conciencia del aumento de la incidencia de enfermedades como esta y que no suponga un diagnóstico tardío y posterior tratamiento para el paciente.

Autores

Ortiz Godoy, A; Cruz Moreno, M; Gallardo Mena, E
Gerencia de Atención Primaria y Especializada Llerena-Zafra.
Servicio Extremeño de Salud.

Resumen: La sarna, también conocida como escabiosis, es una enfermedad de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Es una patología muy contagiosa y que constituye una dermatosis frecuente. Afortunadamente se trata fácilmente, por lo que no se asocia a complicaciones graves. Es actualidad por el aumento de su incidencia, y comenzamos a observar casos de manera ocasional en nuestra asistencia diaria, de una enfermedad que nos resulta poco familiar, o asociada a determinados colectivos. Siendo esta tendencia cambiante como se alerta desde los servicios de dermatología.

Palabras Clave: Escabiosis, Sarna Sarcóptica, Infección por *Sarcoptes scabiei*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sarna se presenta frecuentemente en forma de brotes surgidos en instituciones sociosanitarias o militares -el contagio es más frecuente en lugares de continua convivencia y presencia de camas reutilizadas-, que afectan a los residentes y al personal y que generalmente son difíciles de detectar y controlar por el infra diagnóstico y la demora o ausencia en la notificación de los brotes.

Observación Clínica:

Presentación del caso; Mujer, 38 años, manifiesta prurito de 4 meses de evolución, inicialmente localizado en flanco abdominal izquierdo, que aumenta y se extiende al resto de abdomen y miembros inferiores y superiores. De predominio nocturno, intensificándose en las últimas semanas, le produce despertares por la intensidad del picor.

Otros datos de interés; antecedentes de dermatitis atópica, alérgica a Aminoglucosidos, no fumadora, no consumo alcohol, correctamente vacuna (incluida 3º dosis Sars-cov2). En tratamiento por Endometriosis (Etinilestradiol/Drospirenona 0.02/3mg)

Exploración física; no se aprecian lesiones en la piel, solo lesiones por rascado. Eupneica, buena hidratación, afebril, normotensa, normoglucémica.

Rx de tórax; sin alteraciones

Analítica; Fuera de rango; proteínas totales (6.2 g/dl) y hematíes ($4.17 \times 10^{12}/L$)

Diagnóstico: Escabiosis

Tratamiento: se pauta Permetrina 5% vía tópica, para aplicar en todo el cuerpo excepto cuero cabelludo y mucosas, en aplicación de 8-14h y después retirar. Con posibilidad de segunda aplicación en 14 días si los síntomas persisten.

Plan de Cuidados Enfermeros:

[00126] Conocimientos deficientes, sarna

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

NOC:

[1609] Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. Acciones personales para paliar o eliminar patología.

[1805] Conocimiento: conductas sanitarias. Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

[1803] Conocimiento: régimen terapéutico. Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

NIC:

[5520] Facilitar el aprendizaje. Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información. Identificar los objetivos de la enseñanza en términos mensurables/observables.

Ajustar el contenido de la información, desglosarlo en objetivos pequeños más fáciles de cumplir.

[5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

Describir los signos y síntomas de forma coloquial propios de la enfermedad

Describir el proceso en cuanto al tiempo, expectativas, tratamientos...

Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.

Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

Enseñar a la familia todas las medidas que puede realizar para paliar los síntomas de la enfermedad, sobre todo en lo niños.

Evaluar las creencias previas sobre mitos y remedios caseros para la cura de esta enfermedad.

Aconsejar no realizar remedios caseros sin contrastar su eficacia verdadera.

[00046] Deterioro de la Integridad Cutánea

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

NOC:

[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Integridad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.

NIC:

[3660] Cuidados de las heridas. Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Limpiar todas las heridas de forma aséptica e individual.

Tratar las heridas con signos de infección en activo.

Aplicar un ungüento recetado de la forma indicada.

Inspeccionar la herida para valorar mejoría o empeoramiento.

Enseñar al cuidador principal los cuidados que necesitan las personas que están a su cargo.

[3590] Vigilancia de la piel. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Evitar por todos los medios la propagación protegiendo la piel sana.

Anotar todos los cambios de la piel y mucosas que empeoren.

Instaurar unas normas de higiene para evitar deterioro de la situación.

Enseñar al cuidador principal todos los síntomas y signos de alarma.

[00004] Riesgo de Infección

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

NOC:

[1902] Control del riesgo. Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.

NIC:

[6540] Control de infecciones. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Enseñar a la familia a limpiar adecuadamente la vivienda.

Explicar y aplicar técnicas de aislamiento de contacto dentro de lo posible en la vivienda.

Proporcionar todos los medios y recursos disponibles de la zona básica de salud para poder cumplir un buen aislamiento de contacto.

Limitar el número de visitas al domicilio.

Asegurar una técnica adecuada del lavado de manos antes de manipular las heridas.

[00095] Insomnio.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento

NOC

[0004] Sueño

[0003] Descanso

NIC

[1850] Mejorar el sueño.

Discusión:

Debido a la baja incidencia de dermatosis de este tipo, en ocasiones al paciente le resulta difícil llegar a un diagnóstico y tratamiento acorde con su patología. Tras la fase aguda de la pandemia por SARS-coV-2 se están datando enfermedades infradiagnosticadas cuyos datos sugieren un aumento de su incidencia.

Conclusiones:

Tras observar en la práctica asistencial casos como éste, y analizando las cifras que ya nos aportan diferentes organismos. Se debería dar visibilidad y concienciar a nivel poblacional y profesional de la nueva tendencia. Instruyendo a la población en medidas higiénicas y aportando conocimientos sobre signos y síntomas de estas patologías, y a nivel profesional, tener con conciencia del aumento de la incidencia de enfermedades como esta y que no suponga un diagnóstico tardío y posterior tratamiento para el paciente.

Bibliografía

1.- Instituto de salud Carlos III. España registra mayor incidencia de sarna mientras la de leishmaniosis se mantiene. Elsevier [Internet]. 2021. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.jano.es/noticia-espana-registra-mayor-incidencia-sarna-32152>

2.- Merino, R. Los casos de sarna aumentan en España: cómo se contagia y cuál es su tratamiento. Diario SUR [Internet]. 2022. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.diariosur.es/sociedad/salud/sarna-contagios-tratamiento-20220223124125-nt.html>

3.- Servicio Extremeño de Salud. Hoja informativa sobre sarna. 2018. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Informes%20y%20Documentos%20T%C3%A9cnicos/Protocolos%20de%20Vigilancia%20Epidemiol%C3%B3gica/Folleto%20SARNA.pdf

Capítulo 175

Sevoflurano un tratamiento eficaz para tratar las úlceras vasculares en la consulta de atención primaria

González López, Amanda

INTRODUCCIÓN

El sevoflurano (Sevorane®) es un anestésico inhalatorio indicado para la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Se trata de un compuesto derivado de los hidrocarburos halogenados que se puede encontrar de forma líquida para inhalación del vapor y en líquido volátil no inflamable¹. Debido a su acción analgésica, en los últimos años se ha estudiado la eficacia de dicho anestésico en el tratamiento tópico de las úlceras vasculares avanzadas.



PALABRAS CLAVE:

Sevoflurano, úlceras vasculares, atención primaria, heridas crónicas.

OBJETIVOS

Recopilar y sintetizar la información y casos clínicos sobre el uso de sevoflurano en el tratamiento de úlceras vasculares y su práctica en la atención domiciliaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia existente sobre el tema tratado. Para ello se han utilizados los siguientes recursos bibliográficos como Medline, Preevid, Cochrane library plus, CUIDEN y Google scholar. Los criterios de inclusión fueron artículos en lengua española e inglesa publicados desde 2014 hasta Febrero de 2020. Las palabras clave para la búsqueda fueron "sevoflurano", "sevorane", "Pressure ulcers", "skins ulcers", "vascular ulcers", "treatment of", "Primary care", "chronic ulcers" and "wound care".

RESULTADOS

Los estudios y artículos revisados demuestran que el sevoflurano tópico proporciona una alternativa útil para combatir el dolor en heridas crónicas y proporcionar una reducción del malestar durante la limpieza de la herida debido a su acción analgésica e irrigación indolora, acción antimicrobiana, y una mejoría en la cicatrización².

Se ha demostrado a través de casos clínicos³ que el uso de sevoflurano tópico ha reducido significativamente el uso de analgésicos orales para combatir el dolor ulceral, y se ha asociado a una disminución de la intensidad del dolor, medida a través de la escala visual analógica del dolor^{3,4}.

Se ha estudiado el uso de dicho fármaco en úlceras vasculares crónicas en paciente con escasa movilidad y que requieren de la dispensación de dicho tratamiento en atención domiciliaria, considerando el tratamiento igual de efectivo⁵. Como efecto secundario descrito, todos los estudios coinciden en la aparición de prurito en los bordes de la herida, que se puede corregir protegiendo las zonas que rodean la herida².



CONCLUSIONES

- Se ha demostrado el uso del sevoflurano en heridas y úlceras vasculares crónicas como una alternativa eficaz a considerar en pacientes con otro tratamiento poco efectivo. Este nuevo tratamiento representa una alternativa eficaz y segura debido a sus numerosos beneficios.

- Los estudios más relevantes han sido en unidades de hospitalización, no obstante, no existe ninguna contraindicación que garantice la realización de dicho tratamiento en atención domiciliaria. Se requieren más estudios que confirmen su efectividad en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ficha técnica Sevorane® (Sevoflurano 100%) líquido para inhalación del vapor. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Revisada Febrero 2016. [http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/61451/61451_ft.pdf]
2. Gerónimo Pardo, M. (2018) Sevoflurano. ¿qué es y qué efectos beneficiosos puede presentar en el abordaje de las heridas?. Revista de la sociedad española de heridas nº1 (8), 16-17. https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/marzo2018/Revista_SEHER_8_1_16_Febrero_Completa_calidad.pdf
3. Dámaso Fernández-Ginés, F., Cortiñas-Sáenz, M., Mateo-Carrasco, H., de Aranda, A. N.-G., Navarro-Muñoz, E., Rodríguez-Carmona, R., ... Morales-Molina, J. A. (2017). Efficacy and safety of topical sevoflurane in the treatment of chronic skin ulcers. American Journal of Health-System Pharmacy, 74(9), e176–e182. doi:10.2146/ajhp.151008
4. Imbernon-Moya, A., Ortiz-de Frutos, F. J., Sanjuan-Alvarez, M., Portero-Sanchez, I., Merinero-Palomares, R., & Alcazar, V. (2018). Pain and analgesic drugs in chronic venous ulcers with topical sevoflurane use. Journal of Vascular Surgery, 68(3), 830–835. doi:10.1016/j.jvs.2017.11.071
5. Rueda-Martínez, J. L., Gerónimo-Pardo, M., Martínez-Monsalve, A., & Martínez-Serrano, M. (2014). Topical Sevoflurane and Healing of a Post-Operative Surgical Site Superinfected by Multi-Drug-Resistant Pseudomonas aeruginosa and Susceptible Staphylococcus aureus in an Immunocompromised Patient. Surgical Infections, 15(6), 843–846. doi:10.1089/sur.2013.079

Resumen: El sevoflurano es un potente anestésico inhalatorio indicado para la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Sin embargo, estos últimos años se ha estudiado su efecto como tratamiento de úlceras vasculares. El objetivo de esta revisión es la de recopilar y sintetizar la información y la evidencia que existe sobre el uso de este fármaco y su práctica en la atención primaria

Palabras Clave: Sevoflurano, Atención Primaria, Heridas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sevoflurano (Sevorane®) es un anestésico inhalatorio indicado para la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Se trata de un compuesto derivado de los hidrocarburos halogenados que se puede encontrar de forma líquida para inhalación del vapor y en líquido volátil no inflamable. Debido a su acción analgésica, en los últimos años se ha estudiado la eficacia de dicho anestésico en el tratamiento tópico de las úlceras vasculares avanzadas.

Objetivos:

Recopilar y sintetizar la información y casos clínicos sobre el uso de sevoflurano en el tratamiento de úlceras vasculares y su práctica en la atención domiciliaria.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia existente sobre el tema tratado. Para ello se han utilizados los siguientes recursos bibliográficos como Medline, Preevid, Cochrane library plus, CUIDEN y Google scholar. Los criterios de inclusión fueron artículos en lengua española e inglesa publicados desde 2014 hasta febrero de 2020. Las palabras clave para la búsqueda fueron "sevoflurano", "sevorane", "Pressure ulcers", "skins ulcers", "vascular ulcers", "treatment of", "Primary care", "chronic ulcers" and "wound care".

Resultados:

Los estudios y artículos revisados demuestran que el sevoflurano tópico proporciona una alternativa útil para combatir el dolor en heridas crónicas y proporcionar una reducción del malestar durante la limpieza de la herida debido a su acción analgésica e irrigación indolora, acción antimicrobiana, y una mejoría en la cicatrización.

Se ha demostrado a través de casos clínicos que el uso de sevoflurano tópico ha reducido significativamente el uso de analgésicos orales para combatir el dolor ulceral, y se ha asociado a una disminución de la intensidad del dolor, medida a través de la escala visual analógica del dolor.

Se ha estudiado el uso de dicho fármaco en úlceras vasculares crónicas en paciente con escasa movilidad y que requieren de la dispensación de dicho tratamiento en atención domiciliaria, considerando el tratamiento igual de efectivo.

Como efecto secundario/indeseado descrito, todos los estudios coinciden en la aparición de prurito en los bordes de la herida, que se puede corregir protegiendo las zonas que rodean la herida.

Conclusiones:

Se ha demostrado el uso del sevoflurano en heridas y úlceras vasculares crónicas como una alternativa eficaz a considerar en pacientes con otro tratamiento poco efectivo. Este nuevo tratamiento representa una alternativa eficaz y segura debido a sus numerosos beneficios.

Los estudios más relevantes han sido en unidades de hospitalización, no obstante, no existe ninguna contraindicación que garantice la realización de dicho tratamiento en atención domiciliaria. Se requieren más estudios que confirmen su efectividad en Atención Primaria.

Bibliografía

- 1.- Ficha técnica Sevorane® (Sevoflurano 100%) líquido para inhalación del vapor. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Revisada Febrero 2016. [http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/61451/61451_ft.pdf]
- 2.- Gerónimo Pardo, M. (2018) Sevoflurano. ¿qué es y qué efectos beneficiosos puede presentar en el abordaje de las heridas?. Revista de la sociedad española de heridas, nº1 (8), 16-17. https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/marzo2018/Revista_SEHER_8_1_15_Febrero_Completa_calidad.pdf
- 3.- Dámaso Fernández-Ginés, F., Cortiñas-Sáenz, M., Mateo-Carrasco, H., de Aranda, A. N.-G., Navarro-Muñoz, E., Rodríguez-Carmona, R., ... Morales-Molina, J. A. (2017). Efficacy and safety of topical sevoflurane in the treatment of chronic skin ulcers. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 74(9), e176–e182. doi:10.2146/ajhp151008
- 4.- Imbernon-Moya, A., Ortiz-de Frutos, F. J., Sanjuan-Alvarez, M., Portero-Sanchez, I., Merinero-Palomares, R., & Alcazar, V. (2018). Pain and analgesic drugs in chronic venous ulcers with topical sevoflurane use. *Journal of Vascular Surgery*, 68(3), 830–835. doi:10.1016/j.jvs.2017.11.071
- 5.- Rueda-Martínez, J. L., Gerónimo-Pardo, M., Martínez-Monsalve, A., & Martínez-Serrano, M. (2014). *Topical Sevoflurane and Healing of a Post-Operative Surgical Site Superinfected by Multi-Drug-Resistant Pseudomonas aeruginosa and Susceptible Staphylococcus aureus in an Immunocompromised Patient. Surgical Infections*, 15(6), 843–846. doi:10.1089/sur.2013.079

Capítulo 176

Síndrome compartimental y de Aplastamiento. Valoración prehospitalaria

*Herrador Cordero - Sánchez, Sherezada
Hervás Díez, Raquel
Ortega Iniesta, Laura*

SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y DE APLASTAMIENTO VALORACIÓN PREHOSPITALARIA

Introducción

El Síndrome Compartimental (SC) es el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando aumenta la presión intracompartimental de una extremidad, poniendo en compromiso su circulación y la funcionalidad de los tejidos de ese espacio.

Actualmente, la mayoría de conocimientos sobre el SC, proceden del tratamiento de víctimas de catástrofes naturales, donde la incidencia de padecer dicho síndrome es de un 2-5%.

Material y métodos

Para la siguiente revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes documentales como, Medline, Scielo, Google Académico...

Resumen

Lo que diferencia un SC de un SA es la aparición del shock o el fracaso renal agudo. Para diagnosticar un SC, se utiliza la regla de las "5 P": pain, pallor, pulseless, paresthesias y paralysis.

Una buena valoración prehospitalaria consta de: valoración del lugar, del estado del paciente (ABCDE) y de las lesiones locales (dolor intenso y desproporcionado, piel fría, pulsos periféricos ausentes, anestesia, parálisis y fracturas).

Bibliografía

- 1) Genthon A, Wilcox SR. Crush Syndrome (A case report and review of the literature). J Emerg Med. 2014; 46 (2):313-319.
- 2) Jiménez SD, Soto FJ. Generalidades sobre el síndrome compartimental en extremidades. Rev. Ci. EMed UCR. 2014; 4(1).
- 3) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Síndrome de Aplastamiento (Crush Syndrome). Boletín S.U.E. 061. 2013; 9(46).
- 4) Mourelo FM. Síndrome compartimental abdominal en el paciente quemado: Podemos solucionarlo. P. II. Proyect. Lumb. 2013; 3:21-27.
- 5) Patiño BA. Síndrome Compartimental. Federación Sudamericana de Cirugía de la mano FSCM; 2013.

Objetivos

- Proporcionar conocimientos enfermeros para un manejo correcto del paciente con SC.
- Adecuar la actuación enfermera a nivel prehospitalario en un SC.
- Diferenciar un SC de un síndrome de aplastamiento (SA)



scielo.isciii.es

Palabras clave

Síndrome compartimental/ Síndrome de aplastamiento/rabdomiolisis/compresión/dolor /isquemia/fasciotomía,

Resultados

Se han incluido revisiones bibliográficas y casos clínicos según los criterios de: publicaciones en inglés y español, documentos posteriores a 2010 y texto completo.

Conclusión

Insistir en el conocimiento actualizado y abordaje de los signos y síntomas de sospecha de SC, es crucial para reducir la tasa de mortalidad del 47% que trae este síndrome.

Una actuación rápida y precisa, será lo que garantice la supervivencia de estos pacientes.



Autoras: Herrador Cordero-Sánchez, Sherezada; Hervás Díez, Raquel; Ortega Iniesta, Laura

Resumen: Definimos el Síndrome Compartimental como la presencia de signos y síntomas relacionados con un aumento de la presión dentro de un compartimento, que produce compromiso circulatorio y de la función tisular de la zona afectada.

Diferenciamos SC de Síndrome de Aplastamiento (SA), por la aparición de fracaso renal agudo o shock. Para su diagnóstico, usamos la regla "5 P": pain, pallor, pulseless, paresthesias y paralysis.

Para una correcta valoración de un SCA, trataremos tres apartados: lugar del accidente, estado general del paciente (ABCDE) y lesiones locales (dolor desproporcionado, piel fría, pulsos periféricos ausentes, anestesia, parálisis y fracturas).

Palabras Clave: Síndrome compartimental, Rbdomiolisis, Fasciotomía

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el siguiente capítulo se habla sobre el Síndrome Compartimental y de Aplastamiento (SCA). El accidente del "Madrid Arena", los terremotos y demás catástrofes naturales que llevan a la muerte a multitud de personas por culpa de este síndrome son el motivo de la realización de este trabajo. Se pretende así, clarificar conceptos sobre el Síndrome Compartimental y de Aplastamiento, los signos y síntomas que un sanitario debe conocer para diagnosticarlo y las complicaciones que pueden surgir por una mala praxis.

El Síndrome Compartimental (SC) es el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando aumenta la presión intracompartimental de una extremidad, poniendo en compromiso su circulación y la funcionalidad de los tejidos de ese espacio.

Los estudios de Richard Von Volkmann fueron decisivos para comenzar a estudiar este síndrome, y de tal importancia sería, que su apellido daría nombre a una de las secuelas más significativas producto del Síndrome Compartimental, "la contractura de Von Volkman".

A día de hoy, se tienen muchos más conocimientos de anatomía y en técnicas de diagnóstico, pero es cierto que gran parte de este conocimiento, proviene del tratamiento de las víctimas de catástrofes, donde la incidencia de padecer un síndrome de aplastamiento entre los lesionados es de un 2-5%. Estas víctimas necesitan unos cuidados específicos que eran incapaces de afrontarse debido a la situación organizativa, de personal y material que supusieron los terremotos

Objetivos:

- Proporcionar conocimientos enfermeros necesarios para llevar a cabo un manejo correcto y seguro del paciente con Síndrome Compartimental.
- Protocolarizar una adecuada actuación prehospitalaria ante un síndrome compartimental por parte del personal de enfermería.
- Diferenciar un SC de un síndrome de aplastamiento (SA).

Material y Métodos:

Para la siguiente revisión bibliográfica se han utilizado diversas fuentes documentales como, Medline, Scielo, Google Académico, Biblioteca del Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Biblioteca Universitaria UCLM Ciudad Real ... Además, se ha contado con la colaboración del personal sanitario perteneciente al servicio de urgencias y emergencias del Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares.

Dicha búsqueda se ha realizado durante los meses abril y mayo de 2022

La selección tanto de los artículos como de los libros se realizó tras leer el título y resumen de los mismos, en función de criterios de inclusión como la fuente de procedencia y palabras claves, siendo excluidos aquellos artículos que no reunían las condiciones fiables de uso, como no tener editorial o ser información procedente de foros de opinión.

Resultados:

De los 20 artículos obtenidos como resultado de la búsqueda bibliográfica, tras el estudio apropiado de los mismos, se han seleccionado 5 artículos para la actualización y valoración del síndrome compartimental y de aplastamiento.

Se han incluido revisiones bibliográficas y casos clínicos siguiendo criterios de inclusión siguientes: publicaciones en inglés y español, documentos posteriores a 2010 y texto completo.

Conclusiones:

Para llevar a cabo una buena actuación prehospitalaria un SC, debemos tener claro el protocolo de abordaje de dicha patología. Está claro que la tardanza en el reconocimiento del SC trae como consecuencia complicaciones en las que los pacientes pueden requerir desde la amputación de la extremidad afectada hasta incluso la muerte. Se sabe que la tasa de mortalidad por SA debido a un diagnóstico retrasado, es de un 47%. Sin embargo, con un diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados, el pronóstico de recuperación para los músculos y nervios de dentro del compartimento afectado es muy bueno.

Debemos insistir en el conocimiento y abordaje de los signos y síntomas de sospecha de SC, sobre todo con el dolor desproporcionado, que puede ser el primer indicativo de alarma respecto a esta patología. De ahí la importancia de que el personal de emergencias se mantenga en continua formación. Esto es importante para aumentar el número de supervivientes a un SC, y sobre todo para disminuir las complicaciones permanentes resultantes de esta patología.

Bibliografía

1.- Genthon A, Wilcox SR. Crush Syndrome (A case report and review of the literature). J Emerg Med. 2014; 46 (2):313-319.

2.- Jiménez SD, Soto FJ. Generalidades sobre el síndrome compartimental en extremidades. Rev. Cl. EMed UCR. 2014; 4(1).

3.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Síndrome de Aplastamiento (Crush Syndrome). Boletín S.U.E. 061. 2013; 9(46).

4.- Mourelo FM. Síndrome compartimental abdominal en el paciente quemado: Podemos solucionarlo. P. II. Proyect. Lumb. 2013; 3:21-27.

5.- Patiño BA. Síndrome Compartimental. Federación Sudamericana de Cirugía de la mano FSCM; 2013.

Capítulo 177

Síndrome de Alergia Oral

*García Solana, María Dolores
Moreno Sánchez, Rocío*

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO:

Proporcionar a los profesionales sanitarios un mayor conocimiento sobre el SAO.

PREVALENCIA:

1-3% Poblacion general.

El Síndrome de Alergia Oral (SAO) es un tipo de alergia alimentaria, la cual se identifica por síntomas orofaríngeos ante la exposición a alérgenos alimentarios específicos. Varios autores manifiestan que los síntomas de este síndrome deben estar localizados rigurosamente en la cavidad oral, y que aquellos síntomas extraorales o sistémicos sean contemplados como anafilaxia.

Hoy en día, los pacientes que padecen síntomas por sensibilización primaria a pólenes, presentan reactividad cruzada con algunos componentes de tipo alimentario. Se distinguen dos tipos de fenotipos de SAO:

- SAO de fenotipo I, producido por alimentos procedentes de plantas (frutas, verduras, frutos secos y leguminosas).
- SAO de fenotipo II, originado tanto por alimentos de origen vegetal como animal (pescados, mariscos, carnes y lácteos).

En España, los alérgenos alimentarios más frecuentes se relacionan con los frutos secos (avellana, nuez, semilla de girasol y castaña) y con las frutas (melocotón, manzana, cereza, durazno, melón y kiwi), aunque hay diferencias de acuerdo con la región y la población estudiada.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Scielo, y Google Chrome Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

De los artículos consultados en esas bases de datos, finalmente hemos incluido en dicho trabajo aquellos artículos cuyos textos se hallan de manera completa, en lengua castellana, de acceso gratuito, y que además, se encuentran comprendidos entre los años 2015-2022.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Polen-Fruta; Síndrome Alergia Oral (SAO); Alergia Alimentaria; Síndrome LTP; Profilinas.

RESULTADOS:

Los alergólogos llevan a cabo el diagnóstico del SAO mediante la realización de historias clínicas completas, pruebas de tipo cutáneo, pruebas de reto oral y pruebas in vitro como la determinación en sangre de IgE específica libre en el plasma.

Aunque los síntomas más frecuentes del SAO están limitados a la cavidad oral, se debe tomar en consideración que hasta un 3% de los pacientes padecen síntomas sistémicos y un 1,7 % anafilaxia. Los síntomas locales más experimentados en el SAO son el prurito orofaríngeo, palatino y lingual. Los síntomas sistémicos son la disfagia, disfonías, sensación de cuerpo extraño en la faringe, náuseas y prurito nasal u ótico.

Por lo general, los síntomas del SAO suelen aparecer cuando el paciente ingiere el alimento específico de forma cruda (pudiendo tolerarlo si está cocinado o procesado) y se manifiestan desde segundos, hasta 5 a 10 minutos tras la ingesta. Por otro lado, cabe a mencionar que hay factores que pueden empeorar la reacción alérgica: la ingesta de antiácidos, la cantidad ingerida, el uso simultáneo de antiinflamatorios no esteroideos, el ejercicio y las bebidas alcohólicas.

El tratamiento de dicho síndrome es la evitación del alimento que lo provoca, aunque puede tolerarse el alimento alérgico cocinado o de forma procesada, en algunos casos. Se aconseja tener un plan de acción de anafilaxia con autoinyector de adrenalina en pacientes con síntomas graves. No se ha demostrado que la inmunoterapia a pólenes sea ventajosa para controlar la reactividad cruzada. En cuanto a vacunas frente a alergias a frutas, se destaca la del melocotón, introducida desde el año 2011, y que es administrada por vía sublingual.

CONCLUSIONES:

El SAO es una alergia alimentaria que genera un importante problema de salud pública, cuya prevalencia está incrementándose en los últimos años.

Se destaca la falta de artículos de investigación realizados sobre dicho síndrome alérgico en Europa, pero más específicamente en España, por lo que se requieren más investigaciones para poder abordar esta patología de forma adecuada.

Es importante identificarlo ya que los pacientes con SAO pueden presentar síntomas sistémicos, pudiendo llegar a la anafilaxia; por lo que se resalta la importancia de proporcionar a los profesionales sanitarios un mayor conocimiento sobre el SAO.

Resumen: El Síndrome de Alergia Oral (SAO) es un tipo de alergia alimentaria. El SAO se identifica por síntomas orofaríngeos ante la exposición a alérgenos alimentarios específicos. Hoy en día, los pacientes que padecen síntomas por sensibilización primaria a pólenes, presentan reactividad cruzada con algunos componentes de tipo alimentario. En España, los alérgenos alimentarios más frecuentes se relacionan con frutos secos y frutas.

Es importante identificar dicho síndrome alimentario ya que los pacientes con SAO, pueden presentar síntomas sistémicos, pudiendo llegar a la anafilaxia; por lo que el objetivo planteado en dicho trabajo es proporcionar a los profesionales sanitarios un mayor conocimiento sobre el SAO.

Palabras Clave: Síndrome, Alergia, Sensibilización

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La prevalencia de patología de tipo alérgica ha ido aumentando en estos últimos años gracias a los avances experimentados en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Denominamos Alergia a una reacción de hipersensibilidad mediada por anticuerpos IgE frente a otras sustancias que no suponen cualquier amenaza, pero que en el paciente puede crear una respuesta dañina en vez de protectora (1).

El Síndrome de Alergia Oral (SAO) es un tipo de alergia alimentaria, la cual se identifica por síntomas orofaríngeos ante la exposición a alérgenos alimentarios específicos. Varios autores manifiestan que los síntomas de este síndrome deben estar localizados rigurosamente en la cavidad oral, y que aquellos síntomas extraorales o sistémicos sean contemplados como anafilaxia (2).

Se distinguen dos tipos de fenotipos de SAO (3):

-**SAO de fenotipo I**, producido por alimentos procedentes de plantas (frutas, verduras, frutos secos y leguminosas).

-**SAO de fenotipo II**, originado tanto por alimentos de origen vegetal como animal (pescados, mariscos, carnes y lácteos).

En España, los alérgenos alimentarios más frecuentes se relacionan con los frutos secos (avellana, nuez, semilla de girasol y castaña) y con las frutas (melocotón, manzana, cereza, durazno, melón y kiwi), aunque hay diferencias de acuerdo con la región y la población estudiada. En cuanto a las frutas, el melocotón es el que más reacciones alérgicas desencadena en el sur de Europa. La prevalencia del SAO, afecta alrededor de un 8% de la población pediátrica (más frecuentemente en menores de 3 años) y en un 1-3 % en la población en general. No obstante, es difícil estimar la prevalencia de dicho síndrome debido a la naturaleza leve de los síntomas y la dificultad de estos de ser reconocidos por profesionales sanitarios y por los propios pacientes, y a los pocos estudios realizados al respecto. Sin embargo, se ha documentado que un 70 % de los pacientes con rinitis alérgicas y asma asociada con polinosis, padecen SAO (2,3,4).

Objetivos:

Proporcionar a los profesionales sanitarios un mayor conocimiento sobre el Síndrome de Alergia Oral (SAO) mediante una revisión bibliográfica.

Material y Métodos:

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica ya existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Scielo, y Google Chrome Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

De los artículos consultados en esas bases de datos, finalmente hemos incluido en dicho trabajo aquellos artículos cuyos textos se hallan de manera completa, en lengua castellana, de acceso gratuito, y que además, se encuentran comprendidos entre los años 2015-2022.

Los descriptores utilizados para la búsqueda de bibliografía han sido: Síndrome Polen-Fruta; Síndrome Alergia Oral (SAO); Alergia Alimentaria; Síndrome LTP; Profilinas; LTP; utilizando el conector booleano "AND".

Resultados:

Debido al incremento de casos de alergia alimentaria y del SAO, surge la necesidad de exponer las características clínicas y las diversas técnicas de diagnóstico a los profesionales sanitarios (2).

Aunque los **síntomas** más frecuentes del SAO están limitados a la cavidad oral, se debe tomar en consideración que hasta un 3% de los pacientes padecen síntomas sistémicos y un 1,7 % anafilaxia. Los **síntomas locales** más experimentados en el SAO son el prurito orofaríngeo, palatino y lingual. Los **síntomas sistémicos** son la disfagia, disfonías, sensación de cuerpo extraño en la faringe, náuseas y prurito nasal u ótico (3).

Por lo general, los síntomas del SAO suelen aparecer cuando el paciente ingiere el alimento específico de forma cruda (pudiendo tolerarlo si está cocinado o procesado) y se manifiestan desde segundos, hasta 5 a 10 minutos tras la ingesta. Por otro lado, cabe a mencionar que hay factores que pueden empeorar la reacción alérgica: ingesta de antiácidos, cantidad ingerida, el uso simultáneo de antiinflamatorios no esteroideos, el ejercicio y las bebidas alcohólicas (3).

El **tratamiento** de dicho síndrome es la evitación del alimento que lo provoca, aunque como hemos dicho anteriormente, puede tolerarse el alimento alérgico cocinado o de forma procesada, en algunos casos. Se cuestiona el suspender o no alimentos de la misma familia por posible reactividad cruzada con alimentos con los cuales el paciente no ha experimentado síntomas. Se aconseja tener un plan de acción de anafilaxia con autoinyector de adrenalina en pacientes con síntomas graves. No se ha demostrado que la inmunoterapia a pólenes sea ventajosa para controlar la reactividad cruzada. En cuanto a vacunas frente a alergias a frutas, se destaca la del melocotón, introducida desde el año 2011, y que es administrada por vía sublingual (3,4).

Conclusiones:

El SAO es una alergia alimentaria que genera un importante problema de salud pública y cuya prevalencia está incrementándose en los últimos años. Dicho síndrome es transitorio y de

intensidad leve. Más del 90 % de los casos están relacionados con rinitis alérgica y sensibilización a pólenes (1).

Se destaca la falta de artículos de investigación realizados sobre dicho síndrome alérgico en Europa, pero más específicamente en España, por lo que se requieren más investigaciones para poder abordar esta patología de forma adecuada (4).

Es importante identificarlo ya que los pacientes con SAO, pueden presentar síntomas sistémicos, pudiendo llegar a la anafilaxia; por lo que se resalta la importancia de proporcionar a los profesionales sanitarios un mayor conocimiento sobre el SAO.

Bibliografía

1.- Guerra Pérez M. T. Diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué?. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Mayo 26]; 17(Suppl 24): 65-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000200011&lng=es.

2- Azamar-Jácome Amyra Ali, Azamar-Jácome Manuel Affid, Borjas-Aguilar Karla Leversia, Mendoza-Hernández David Alejandro, Huerta-López José Guadalupe. Perfil clínico-epidemiológico del síndrome de alergia oral en población de 6 a 18 años. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Mayo 24]; 64(2): 142-152. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000200142&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i2.235>.

3- Mariscal-Castro Juan, Bedolla-Barajas Martín, Bedolla-Pulido Tonatiah Ramses, Domínguez-García María Victoria, Bedolla-Pulido Tonantzin Isis, Morales-Romero Jaime et al . Prevalencia del síndrome de alergia oral: a propósito de una nueva clasificación. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Mayo 25]; 67(3): 214-223. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902020000300214&lng=es. Epub 02-Jun-2021. <https://doi.org/10.29262/ram.v67i3.740>.

4- Aliaga Mazas Y. El extraño mundo de las alergias. Alergia a proteína LTP. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022.p. 105-112.

Capítulo 178

Síndrome de Hipertermia Maligna: Una Patología Infrecuente

*Olmo Trujillo, Coral
Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia
Mora Muñoz, Eduardo*



SÍNDROME DE HIPERTERMIA MALIGNA

UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE



Autores: Coral Olmo Trujillo, Sonia Sánchez-Izquierdo Castellanos, Eduardo Mora Muñoz

INTRODUCCIÓN: El síndrome de hipertermia maligna es una enfermedad genética autosómica dominante que afecta al músculo esquelético. El cuerpo genera una respuesta hipermetabólica frente a anestésicos volátiles y/o relajantes musculares despolarizantes. Debido a un defecto en los canales del calcio de este tipo de individuos en el retículo sarcoplásmico, se altera la regulación del calcio dentro de la fibra del músculo esquelético, lo que produce este síndrome. Es una enfermedad bastante letal si no se reconoce y se trata correctamente.

OBJETIVOS

- Conocer y obtener información desde el punto de vista de enfermería.
- Estudiar las implicaciones clínicas relacionadas con el síndrome de hipertermia maligna.
- Planificar un protocolo de actuación ante un paciente que presente dicho síndrome y saber diferenciarlo.
- Instruir al equipo sanitario para saber los cuidados necesarios.

METODOLOGÍA

Se ha realizado búsqueda de documentos bibliográfico, usando diversas fuentes documentales como: **CUIDEN**, **MEDLINE**, **SCIELO**, **GOOGLE ACADÉMICO** y portales bibliográficos.

El castellano e inglés han sido los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVES: "hipertermia maligna" (Malignant Hyperthermia), "susceptibles" "hipermetabólicos".

RESULTADOS/PLAN DE ACTUACION

La **etiología** de este síndrome es genética autosómica dominante. Los **fármacos** que la desencadenan son anestésicos volátiles y/o relajantes musculares (succinilcolina). El **diagnóstico** se realiza cuando el paciente es susceptible, mediante un test de contracción con halotano y cafeína.

Mecanismos de acción  RESPUESTA HIPERMETABÓLICA

- Alteraciones en los canales receptores de rianodina.
- Acumulación excesiva de iones (Ca+) por la disminución de captación del mismo por el retículo sarcoplásmico.

SIGNOS Y SINTOMAS

PRECOZ: Espasmos maseteros, taquipnea, calentamiento y agotamiento de iones

INTERMEDIOS: Hipertermia al tacto, cianosis.

TARDIOS: Rigidez muscular, oliguria y taquicardia.

TRATAMIENTO

1. Administración de DANTROLENO SÓDICO, relajante muscular de acción directa que actúa aboliendo la interrelación entre la excitación y la contracción del músculo esquelético.
2. Protección renal. Reposición de iones para equilibrar la hiperpotasemia producida.
3. Enfriamiento activo con medidas físicas.

CONCLUSIONES

- Saber identificar los signos y síntomas precoces para realizar las intervenciones enfermeras adecuadas.
- Conocer la forma de administración de DANTROLENO y administración de reposición de iones.
- Utilizar las medidas físicas oportunas para disminuir la temperatura y favorecer la resolución del síndrome.

NANDA	NOC	NIC
00007 Hipertermia	0801 Termorregulación 0802 Signos vitales	3840 Prevención de la hipertermia maligna.
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico	0601 Equilibrio electrolítico ACIDO-BASE	2000 Manejo de electrolitos.



Resumen: El síndrome de hipertermia maligna es un trastorno muscular hereditario, el cuál desencadena un estado hipermetabólico, en individuos susceptibles que han recibido anestésicos volátiles y/o relajantes musculares despolarizantes.

Debido a un defecto en los canales de calcio del retículo endoplásmico y en ciertos individuos, se altera la regulación del calcio dentro de la fibra del músculo esquelético, produciendo una crisis de hipertermia maligna y cursando con signos clínicos como: taquicardia, rigidez muscular, hipercapnia e hipertermia.

Esta enfermedad es bastante letal si no se trata correctamente con el tratamiento recomendado que sería el DANTROLENO SÓDICO, incluyendo medidas adicionales como la reposición de iones y el enfriamiento activo.

Palabras Clave: Hipertermia maligna, cuidados enfermería, tratamiento.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hipertermia maligna es una enfermedad genética autosómica dominante que afecta al músculo esquelético. El cuerpo genera una respuesta hipermetabólica frente a agente como gases halogenados y el relajante muscular succinilcolina. A causa de que esta enfermedad es gravemente letal e inesperada, que sucede en el momento de la cirugía/intervención, es muy importante saber reconocerla al igual que los criterios seguir para poder llevar a cabo un buen manejo del paciente en el postoperatorio.

El plan de actuación al que nos deberíamos ceñir consta de reconocer signos que diferenciamos en precoces como serían espasmos maseteros, taquipnea, taquicardia, calentamiento y agotamiento de iones. Los signos intermedios serían hipertermia al tacto, cianosis y frecuencia cardiaca irregular y por último hablaríamos de los signos tardíos que serían rigidez muscular, taquicardia y oliguria.

Objetivos:

- Conocer y obtener información desde el punto de vista de enfermería sobre el SÍNDROME HIPERTERMIA MALIGNA.
- Estudiar las implicaciones clínicas y relacionadas con el SÍNDROME DE HIPERTERMIA MALIGNA.
- Planificar un protocolo de actuación ante un paciente que presente dicho síndrome y saber diferenciarlo de otras enfermedades.
- Instruir al equipo sanitario para saber los cuidados necesarios ante esta situación.

Metodología:

Se ha realizado la búsqueda de documentos bibliográficos, usando diversas fuentes documentales como: CUIDEN, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO, portales bibliográficos.

Castellano e inglés han sido los idiomas usados para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVES: **Hipertermia maligna (Malignant Hyperthermia), susceptibles, hipermetabólico.** Y los operadores booleanos usados "AND" y "OR".

Resultados:

El diagnóstico de una crisis de HM (Hipertermia maligna) es inminentemente clínico. Tras detectar durante la intervención los signos descritos anteriormente, se tomaría la temperatura periférica corporal, se realizaría una analítica de sangre donde podremos obtener datos, relacionados tanto el equilibrio de electrolitos e iones, como la función renal, la cual se ve afectada por la contracción muscular masiva y descontrolada que produce rhabdomiolisis rápida, con un aumento de la creatinina sérica y mioglobinuria que se manifiesta por orina colorica. La mioglobinuria si no se maneja a tiempo, progresa rápidamente a insuficiencia renal aguda. Esta rotura/ destrucción de membranas musculares produce hipercalcemia severa que son causa frecuente de fibrilación ventricular y paro cardiaco secundario a la HM.

Con los signos que el paciente presenta cabe destacar que crisis fulminantes de HM pueden debutar con arritmias malignas, de hecho, este síndrome está dentro del diagnóstico diferencial de paro cardiaco intraoperatorio. Una vez realizadas las pruebas pertinentes que nos permiten cerciorarnos que estamos ante un síndrome de hipertermia maligna, ponemos en marcha el protocolo descrito.

Se debe administrar DANTROLENO SÓDICO y parar de inmediato la administración de anestésicos volátiles y relajantes musculares despolarizantes. Debemos hiperventilar al paciente con oxígeno a FIO₂ 100%.

El DANTROLENO SÓDICO es un tipo de relajante muscular que ejerce su acción en el interior de la célula muscular, a nivel del receptor RYR1 del retículo sarcoplásmico, disminuyendo la disponibilidad intracelular del calcio y frenando de esta manera la contracción muscular esquelética desatada. La forma en la que se debe administrar este relajante es de la siguiente manera: inicialmente 2.5 mg/kg en bolo intravenoso y se debe repetir esta acción cada 3-5 minutos hasta controlar los signos de la HM.

Otras medidas que debemos vigilar para tratar su morbilidad son: acidosis, hipercalcemia, enfriar al paciente y control de diuresis.

En consecuencia, a la aparición de este síndrome se debe suspender la cirugía y trasladar al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Al considerarse una enfermedad hereditaria autosómica dominante, debemos informar a los familiares directos del paciente, ya que, se consideraría susceptibles y deben ser tratados como tales. Hijos y hermanos de un paciente susceptible a HM tienen un 50% de probabilidad de heredar el gen.

Es importante aclarar que no todos los portadores del defecto genético desarrollan un episodio crítico a la exposición de los anestésicos desencadenantes.

Nuestra función ante los familiares es educarles e instruirles de forma detallada todo lo relacionado con esta enfermedad y prevenir el correr riesgos en posteriores cirugías.

Conclusiones:

- Es importante saber identificar los signos y síntomas para realizar las intervenciones de enfermería adecuadas ante este síndrome. Actualmente el tratamiento aceptado es la administración de DANTROLENO.
- La reposición de iones y medidas físicas para disminuir la temperatura corporal son los cuidados enfermeros que favorecen la resolución del síndrome.

Bibliografía

- 1.- Jaime Escobar, D. (2011). Hipertermia maligna. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 310-315. doi: 10.1016/s0716-8640(11)70431-x. Consultado el 13 de Mayo de 2022, de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hipertermia-maligna-S071686401170431X>
- 2.- Hipertermia maligna - Lesiones y envenenamientos - Manual MSD versión para profesionales. (2022). Consultado el 14 Mayo 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/enfermedades-por-calor/hipertermia-maligna>
- 3.- García-Muro, C., Sáenz-Moreno, I., Riaño-Méndez, B., Gutiérrez-Delgado, J., Valencia-Ramos, J., & Esteban-Zubero, E. (2020). Síndrome de hipertermia maligna: una patología infrecuente. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*, 77(6). doi: 10.24875/bmhim.20000047
- 4.- VV.AA (2022). Hipertermia maligna: MedlinePlus enciclopedia médica. Consultado el 14 de Mayo de 2022, de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001315.htm>

Capítulo 179

Sonda Vesical: ¿Se debe Pinzar antes de retirar?

*Mora Diaz, Ana Isabel
Mora Muñoz, Eduardo
Rodríguez Ramírez, Laura
Cofrade Delgado, Ana María
López Camacho, Gema
Laguna Morcillo, Gema María*

SONDA VESICAL: ¿SE DEBE PINZAR ANTES DE RETIRAR?

AUTORES: MORA DÍAZ ANA ISABEL, MORA MUÑOZ EDUARDO, COFRADES DELGADO ANA MARÍA, RAMÍREZ RODRÍGUEZ LAURA, LÓPEZ CAMACHO GEMA, LAGUNA MORCILLO GEMA MARÍA

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de sonda vesical nos referimos a un catéter o sonda que se introduce en la vejiga a través de la uretra para vaciarla de orina. La duración de esta esta comprendida entre sondas vesicales de corta duración que pueden durar hasta un máximo de 28 días y sondas vesicales de larga duración que pueden durar hasta 12 semanas. Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados son portadores de sondas vesicales. Tras analizar varios estudios realizados, no existe un claro consenso respecto a los beneficios de pinzar la SV previa a su retirada.



OBJETIVOS

- Lograr un conocimiento mas adecuado y científico sobre el sondaje vesical.
- Determinar la eficacia del pinzado de la sonda vesical.
- Difundir las novedades científicas, con respecto a la retirada de la sonda vesical, entre los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de Guías de Práctica Clínica. Las bases de datos usadas han sido: *Cuiden*, *Pubmed*, *Cochrane Library*; páginas web de organismos oficiales como el ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, y portales bibliográficos como *Dialnet* o *Revista Science Direct*. A su vez se ha utilizado la plataforma *GuiaSalud.com* (versión web), para la búsqueda y consulta de GPC de España sobre catéter urinarios. Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos. Hay algunos documentos en portugués, pero ante el desconocimiento del idioma, se descartaron, para evitar errores de traducción.

- PALABRAS CLAVE: “pinzar sonda”, “horario retirada sondaje vesical” “autosondaje”, “vaciado de vejiga”
- OPERADORES BOLEANOS: “AND” y “OR”
- DESCRIPTORES: Catéteres Permanencia (Catheters, Indwelling), Orina (Urine), Sonda (Probe or Catheter)



INTERVENCIONES:

CASO	PACIENTES	RESULTADOS
Comparar retirar sonda vesical a primera hora de la mañana o última hora de la noche	1086	Disminuye levemente el riesgo de re-sondar, no hay diferencias a la hora de disuria o evitar infecciones
Mantener la sonda periodos mas largos o menos.	9247	Cuanto menos tiempo esté sondado mas probabilidad de re-sondar
Periodos cortos de tiempo	5870	Disminuye levemente la disuria y las infecciones
Hombres que se administra medicación para relajar la próstata	402	No hay diferencia entre pinzar o no pinzar.
Pacientes sondados tras fractura de cadera	113	El estudio no mostró ni ventaja ni desventaja
Pacientes con ACV	60	No mostró beneficios y además había problemas añadidos
Pacientes Neuroquirúrgicos	61	Beneficio en disuria y comodidad del paciente
Mujeres operadas por histerectomía tras Cáncer de cuello de útero	210	No hay diferencia en la mejoría de la comodidad ni evitar re-sondaje, pero se evita por riesgo infecciones por almacenamiento de orina residual tras pinzamiento

CONCLUSIONES

Actualmente existen pocas evidencias científicas, de sí sería más correcto pinzar la sonda vesical antes de su retirada. Se ha podido ver que existe poca o ninguna diferencia en ello, tampoco se ha demostrado que el pinzar o no pinzar el catéter vesical disminuya el riesgo de infección, retención urinaria, síntomas subjetivos relacionados con la micción o recateterización.

Como en todo lo que es ciencia, dos más dos no son cuatro, y existen algunas excepciones donde sería correcto pinzar antes de retirar, como puede ser el caso de los pacientes neuroquirúrgicos, qué de esta manera de retirada de la sonda vesical, se facilitaría la función de la vejiga.

Lo que sí se ha demostrado, es el horario donde sería más beneficioso retirar el catéter vesical, y así después de consultar muchas revisiones bibliográficas hemos podido concluir que durante la noche es más favorable la retirada del catéter que durante el día, disminuyendo de esta forma la aparición de infecciones urinarias.

Por tanto, a la hora de la retirada de la sonda vesical será el profesional el que decida si pinza o no pinza antes de su retirada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collados J, Lorente N, López F, Lapaz N, Jiménez J, Trinidad R, Sánchez D, Martínez V. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Bubok Publishing. (2016).
2. Gándara T, Garaboa M, Lema R. Investigación sobre las ITU en pacientes con sondaje vesical: un enfoque estadístico. Bubok Publishing. (2016).
3. Gutiérrez P. Manual de sondaje vesical. Ergon Creacion, S.A. (2021).
4. López E, López S, Tudela F, Carrillo C, Quesada V, Stubbe S, Lorca A, Salas J. El sondaje vesical. Indicaciones y técnicas. Bubok Publishing. 1º Ed. (2016).
5. Lorenzo F, Fraile P, Macías J. Nefrología y urología. Ediciones Universidad de Salamanca. (2021).
6. Luis T. Cuidados en enfermería. Wolters Kluwer Health. 1º Ed. (2016).



Resumen: Cuando hablamos de sonda vesical, nos referimos a un catéter o sonda que se introduce en la vejiga a través de la uretra para vaciarla de orina. Hemos hecho una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos para saber si sería más correcto pinzar la sonda vesical antes de su retirada. Tras analizar varios estudios realizados, no existe un claro consenso respecto a los beneficios de pinzar la sonda vesical previa a su retirada.

Palabras Clave: Sonda, Cuidados Enfermería, Pinzamiento

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Cuando hablamos de sonda vesical nos referimos a un catéter o sonda que se introduce en la vejiga a través de la uretra para vaciarla de orina. La duración de esta está comprendida entre sondas vesicales de corta duración que pueden durar hasta un máximo de 28 días y sondas vesicales de larga duración que pueden durar hasta 12 semanas.

Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados son portadores de sondas vesicales.

Tras analizar varios estudios realizados, no existe un claro consenso respecto a los beneficios de pinzar la SV previa a su retirada.

Objetivos:

- Lograr un conocimiento mas adecuado y científico sobre el sondaje vesical.
- Determinar la eficacia del pinzado de la sonda vesical.
- Difundir las novedades científicas, con respecto a la retirada de la sonda vesical, entre los profesionales de enfermería.

Material y Métodos:

Se ha utilizado una revisión bibliográfica sobre evidencia científica y ensayos clínicos, así como la consulta de Guías de Práctica Clínica. Las bases de datos usadas han sido: Cuiden, Pubmed, Cochrane Library; páginas web de organismos oficiales como el ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, y portales bibliográficos como *Dialnet* o *Revista Science Direct*. A su vez se ha utilizado la plataforma GuiaSalud.com (versión web), para la búsqueda y consulta de GPC de España sobre catéter urinarios.

Castellano e inglés son los idiomas usados para consultar en las bases de datos. Hay algunos documentos en portugués, pero ante el desconocimiento del idioma, se descartaron, para evitar errores de traducción.

Resultados:

- Comparar retirar sonda vesical a primera hora de la mañana o última hora de la noche disminuye levemente el riesgo de re-sondar, no hay diferencias a la hora de disuria o evitar infecciones.

- Mantener la sonda periodos más largos o menos. Cuanto menos tiempo esté sondado más probabilidad de re-sondar.
- Periodos cortos de tiempo disminuye levemente la disuria y las infecciones.
- En hombres que se administra medicación para relajar la próstata No hay diferencia entre pinzar o no pinzar.
- En Pacientes sondados tras fractura de cadera el estudio no mostró ni ventaja ni desventaja.
- En pacientes con ACV no mostró beneficios y además había problemas añadidos.
- En pacientes Neuroquirúrgicos benefició en disuria y comodidad del paciente.
- En mujeres operadas por histerectomía tras Cáncer de cuello de útero no hay diferencia en la mejoría de la comodidad ni evitar re-sondaje, pero se evita por riesgo de infecciones por almacenamiento de orina residual tras pinzamiento.

Conclusiones:

Actualmente existen pocas evidencias científicas, de sí sería más correcto pinzar la sonda vesical antes de su retirada. Se ha podido ver que existe poca o ninguna diferencia en ello, tampoco se ha demostrado que el pinzar o no pinzar el catéter vesical disminuya el riesgo de infección, retención urinaria, síntomas subjetivos relacionados con la micción o recateterización.

Como en todo lo que es ciencia, dos más dos no son cuatro, y existen algunas excepciones donde sería correcto pinzar antes de retirar, como puede ser el caso de los pacientes neuroquirúrgicos, qué de esta manera de retirada de la sonda vesical, se facilitaría la función de la vejiga.

Lo que sí se ha demostrado, es el horario donde sería más beneficioso retirar el catéter vesical, y así después de consultar muchas revisiones bibliográficas hemos podido concluir que durante la noche es más favorable la retirada del catéter que durante el día, disminuyendo de esta forma la aparición de infecciones urinarias.

Por tanto, a la hora de la retirada de la sonda vesical será el profesional el que decida si pinza o no pinza antes de su retirada.

Bibliografía

- 1.- Collados J, Lorente N, López F, Lapaz N, Jiménez J, Trinidad R, Sánchez D, Martínez V. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Bubok Publishing. (2016).
- 2.- Gándara T, Garaboa M, Lema R. Investigación sobre las ITU en pacientes con sondaje vesical: un enfoque estadístico. Bubok Publishing. (2016).
- 3.- Gutiérrez P. Manual de sondaje vesical. Ergon Creacion, S.A. (2021).
- 4.- López E, López S, Tudela F, Carrillo C, Quesada V, Stubbe S, Lorca A, Salas J. El sondaje vesical. Indicaciones y técnicas. Bubok Publishing. 1ª Ed. (2016).
5. Lorenzo F, Fraile P, Macías J. Nefrología y urología. Ediciones Universidad de Salamanca. (2021).

Capítulo 180

Soporte Nutricional en el Paciente Quirúrgico

*González Serrano, Juan Antonio
García Valenciano, Agustín*

SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

AUTORES: González Serrano, Juan Antonio; García Valenciano, Agustín.

INTRODUCCIÓN:

La desnutrición puede afectar al paciente quirúrgico, especialmente a los pacientes oncológicos y a aquellos mayores de 65 años. Está asociada con la aparición de infecciones postoperatorias, dehiscencia de las suturas, una mayor estancia hospitalaria, etc. Es por ello que se decide revisar si la administración de suplementos nutricionales antes de la intervención quirúrgica disminuye el riesgo de padecer complicaciones postquirúrgicas en los pacientes con déficit nutricional.

OBJETIVOS:

Determinar si el aporte de suplementos nutricionales en el paciente quirúrgico con déficit nutricional disminuye el riesgo de sufrir complicaciones postquirúrgicas.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: Nutritional support, surgery and perioperative; el operador booleano usado para la búsqueda ha sido "and". Se han encontrado 14 artículos, de los cuales se han seleccionado 4. Como criterio de inclusión, sólo se han incluido aquellos artículos que comparasen los resultados de tomar suplementos nutricionales o no hacerlo en los pacientes con desnutrición

RESULTADOS:

AUTOR	PACIENTES QUE TOMARON SUPLEMENTOS NUTRICIONALES			PACIENTES QUE NO TOMARON SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
	N.º PACIENTES	N.º COMPLICACIONES	MEDIA N.º DE DIAS INGRESADO	N.º PACIENTES	N.º COMPLICACIONES	MEDIA N.º DE DIAS INGRESADO
BIN JIE	43	11 (25,58%)	-	77	39 (50,64%)	-
MUDARRA	30	8 (26,7%)	6,5	55	33 (60%)	8
LIDDER	30	17 (56,66%)	7	30	20 (66,66%)	8,5
FAN	64	22 (34%)	14,5	60	33 (55%)	16

CONCLUSIÓN:

Analizados los resultados, se observa que aquellos pacientes con déficit nutricional que tomaron suplementos antes de someterse a una intervención quirúrgica, tuvieron menos complicaciones postoperatorias y tuvieron una menor estancia hospitalaria que aquellos que no los tomaron, suponiendo un menor coste para el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. *Nutrition*. 2012 Oct;28(10):1022-7
- 2.- Mudarra García N, Naranjo Peña I, Olivares Pizarro SP, Riquelme Oliveira A, Granizo Martínez JJ, Rodríguez Prieto I, Pérez Muñoz R. Pre-Surgical Nutrition Support Reduces the Incidence of Surgical Wound Complications in Oncological Patients. *Nutr Cancer*. 2020;72(5):801-807
- 3.- Lidder P, Thomas S, Fleming S, Hosie K, Shaw S, Lewis S. A randomized placebo controlled trial of preoperative carbohydrate drinks and early postoperative nutritional supplement drinks in colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2013 Jun;15(6):737-45
- 4.- Fan ST, Lo CM, Lai EC, Chu KM, Liu CL, Wong J. Perioperative nutritional support in patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 1994 Dic 8;331(23):1547-52

Resumen: La desnutrición puede afectar al paciente quirúrgico, especialmente a los pacientes oncológicos y a aquellos mayores de 65 años, además está asociada con la aparición de diversas complicaciones postquirúrgicas y una mayor estancia hospitalaria del paciente, es por ello que se decide realizar una revisión bibliográfica para determinar si los suplementos nutricionales en estos pacientes antes de la intervención podrían ayudar a disminuir éstas complicaciones, y por consiguiente, a reducir su estancia hospitalaria. Una vez analizados los resultados se llega a la conclusión de que éstos suplementos tienen un factor protector.

Palabras Clave: Apoyo nutricional, Procedimientos quirúrgicos operativos Preoperatorio

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La desnutrición puede afectar al paciente quirúrgico, especialmente a los pacientes oncológicos y a aquellos mayores de 65 años. Está asociada con la aparición de infecciones postoperatorias, dehiscencia de las suturas, una mayor estancia hospitalaria, etc. Es por ello que se decide revisar si la administración de suplementos nutricionales antes de la intervención quirúrgica podrían disminuir el riesgo de padecer complicaciones postquirúrgicas en los pacientes con déficit nutricional.

Objetivos:

Determinar si el aporte de suplementos nutricionales en el paciente quirúrgico con déficit nutricional disminuye el riesgo de sufrir complicaciones postquirúrgicas.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han buscado artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido: Nutritional support, surgery and perioperative; el operador booleano usado para la búsqueda ha sido "and". Se han encontrado 14 artículos, de los cuales se han seleccionado 4. Como criterio de inclusión, sólo se han incluido aquellos artículos que comparasen los resultados de tomar suplementos nutricionales o no hacerlo en los pacientes con desnutrición

Resultados:

1. En el estudio de Bin Jie, de 43 pacientes con déficit nutricional que tomaron suplementos antes de la operación quirúrgica, hubo 11 con complicaciones (25,58%) y de 77 pacientes que no los tomaron hubo 39 con complicaciones (50,64%)

2. En el trabajo de Mudarra, 30 pacientes con déficit nutricional tomaron suplementos antes de la intervención quirúrgica de los cuales 8 tuvieron complicaciones (26,7%) y la media de días ingresados fue de 6,5 días. Y de 55 pacientes que no tomaron suplementos, 33 tuvieron complicaciones (60%) y la media de días ingresados fue de 8.

3. En el estudio de Lidder, de los 30 pacientes con déficit nutricional que tomaron suplementos, 17 tuvieron complicaciones postquirúrgicas (56,66%) y la media de días ingresados fue de 7. Mientras que de 30 pacientes que no tomaron suplementos, 20 tuvieron complicaciones (66,66%) y la media de días ingresados fue de 8,5.

4. En la investigación de Fan, 64 pacientes con déficit nutricional tomaron suplementos, de los cuales 22 tuvieron complicaciones postoperatorias (34%) y la estancia media en el hospital fue de 14,5 días, mientras que de 60 pacientes que no tomaron suplementos, 33 tuvieron complicaciones (55%), y la estancia media en el hospital fue de 16 días.

Conclusiones:

Analizados los resultados, se observa que aquellos pacientes con déficit nutricional que tomaron suplementos antes de someterse a una intervención quirúrgica, tuvieron menos complicaciones postoperatorias y tuvieron una menor estancia hospitalaria que aquellos que no los tomaron, suponiendo un menor coste para el sistema sanitario.

Bibliografía

1.- Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. *Nutrition*. 2012 Oct;28(10):1022-7

2.- Mudarra García N, Naranjo Peña I, Olivares Pizarro SP, Riquelme Oliveira A, Granizo Martínez JJ, Rodríguez Prieto I, Pérez Muñoz R. Pre-Surgical Nutrition Support Reduces the Incidence of Surgical Wound Complications in Oncological Patients. *Nutr Cancer*. 2020;72(5):801-807

3.- Lidder P, Thomas S, Fleming S, Hosie K, Shaw S, Lewis S. A randomized placebo controlled trial of preoperative carbohydrate drinks and early postoperative nutritional supplement drinks in colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2013 Jun;15(6):737-45

4.- Fan ST, Lo CM, Lai EC, Chu KM, Liu CL, Wong J. Perioperative nutritional support in patients undergoing hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 1994 Dic 8;331(23):1547-52

Capítulo 181

Su Primera Vacuna: Leche Materna

*Rodrigo Sánchez, María del Pilar
Polo Camacho, Jesús Antonio
Paulero López, Noelia
Díaz Rincón, Laura María*



SU PRIMERA VACUNA, LECHE MATERNA.

Rodrigo Sánchez, M. Pilar; Polo Camacho, Jesús Antonio; Paulero López, Noelia; Díaz Rincón, Laura María.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios demuestran que la leche materna, no sólo es un alimento para el lactante o niños con lactancia prolongada, sino que aparte del indudable beneficio nutricional, tiene innumerables efectos protectores contra enfermedades.

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad y sin ella no existiría.

OBJETIVOS

- Conocer los beneficios inmunológicos que presenta la leche materna.
- Dar a conocer dichos beneficios al profesional sanitario para que con total confianza pueda informar de ellos y sean los mayores promotores de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de literatura científica sobre el tema, consultado artículos científicos de las principales bases de datos Pubmed, Scielo y Medline; descartando artículos repetidos, poco concluyente o de dudosa base científica.

Palabras clave: leche materna/ breastfeeding/human milk; inmunología/ immunologic factors; neonato / newborn

RESULTADOS

Componentes de la lactancia materna:

•Eje entero-bronco-mamario. Importante porque a través de este proceso se abastece al lactante de anticuerpos específicos, adquiriendo anticuerpos *IgA* contra todo microorganismo y antígeno alimentario a los cuales sea expuesta la madre (anticuerpos del tipo *IgAs* contra antígenos "O" de *E. coli*, *Shigella*, *Salmonella*, anticuerpos "K" de *E. coli*, enterotoxinas de ECET y *vibrio cholerae*, también se han encontrado anticuerpos *IgAs* contra proteínas de alimentos como leche de vaca, soja, etc.

•Componentes celulares y humorales inmunoprotectores específicos o Inmunoglobulinas. La *IgA* es la predominante, los anticuerpos *IgAs* específicos se unen directamente a bacterias y virus, inhibiendo la colonización del tracto gastrointestinal por parte de microorganismos causantes de enfermedades. No solo contiene *IgAs* también el resto de *inmunoglobulinas IgM, IgG, IgD e IgE* aunque en menor proporción

•Anticuerpos bacterianos entre ellos podemos citar los anticuerpos contra *vibriocholerae*, enterotoxinas de *E. coli*, antígenos "O" de los serotipos más frecuentes de *E. coli*, *Shigella sp.*, *Campylobacter*, *Clostridium difficile*, *Hemophilus influenzae* tipo B36 que es el principal agente de las **meningocelitis bacterianas** y de graves problemas respiratorios, *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium diptheriae*, *Hemophilus pertussis* y *Clostridium tetani* que conforman la vacuna triple vírica contra **difteria, tétanos y tos ferina**, *Diplococo pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, varias cepas de **Estreptococos**, *Bacteroides fragilis*, anticuerpos **antitrotavirus** contra *E. coli* en la leche de vacas hiperinmunizadas, entre otros.

•Anticuerpos contra virus que tienen acción contra: **Rotavirus**, que es considerado el agente causal más común de **diarreas**, **Poliovirus**, agentes causales de la **poliomielitis**, de gran importancia no sólo por las defunciones, sino por las secuelas que ocasiona; **Coxsackie virus A9, B3 y B5**; **virus sincitial respiratorio (VSR)** principal agente causal de la **bronquiolitis** del lactante; **influenza**, causa frecuente de **infecciones respiratorias altas** en el niño; **ECHO virus 6 y 7**; **rinovirus**, **reovirus**, **virus de la parotiditis**, contra **herpes virus 6 (HHV-6)** agente causal del **exantema súbito**, anticuerpos contra el **Cryptosporidium parvum** aunque su efecto protector no ha sido satisfactorio. La leche materna no actúa como transmisor del **HHV-651** y **herpes simple**. En la leche materna se ha aislado el **HIV-1** y ha sido incriminada como agente transmisor del virus. Sin embargo, estudios realizados plantean que los hijos de madres con VIH alimentados con leche materna desarrollan la enfermedad más tardíamente que los alimentados con otras leches.

•Componentes celulares y humorales inmunoprotectores no específicos, factores antibacterianos no anticuerpos, entre ellos:

E. coli*, *Shigella y otras bacterias como el **Estafilococo aurea** y **Bacterioides fragilis**. También ejercen su acción sobre algunos **protozoarios**.

Los **componentes C3 y C4 del complemento**, poseen actividad opsonica, quimiotáctica y bacteriolítica contra **Escherichia coli**.

La **lactoferrina** es un potente bacterioestático contra **Estafilococo aureus**, **Escherichia coli**, **Vibrio cholerae** y **Pseudomona aeruginosa**, por bloqueo de la síntesis de ARN de la bacteria. Inhibe el crecimiento de la **Candida albicans**.

La **lisozima** tiene una acción bactericida en presencia de *IgAs* y del factor C3 del complemento contra **Escherichia coli** y **Salmonella Spp.** y a su vez desarrolla una acción bacteriostática en presencia de vitamina C contra **enterobacterias** y **gérmenes grampositivos**.

La **lactoperoxidasa** por oxidación bacteriana actúa contra la **Escherichia coli** y **Salmonella tiphimurium**.

El **ácido neuramínico** posee acción bacteriostática sobre **Escherichia coli** y **Estafilococo aureus** y parece inhibir la adhesión del **virus de la influenzae** a las células humanas.

Proteína no anticuerpo (receptor parecido a glucolípido o glicoproteína) es un factor antibacteriano, cuyo mecanismo de acción es inhibir la adherencia bacteriana del **Vibrio cholerae**.

Gangliosido actúa contra las enterotoxinas de la **Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)** y del **Vibrio cholerae**.

El **factor carbohidrato** no tiene una acción preventiva contra toxinas termoestables de **Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)**.

El **factor de resistencia** es ejerce una acción protectora contra **Estafilococo aureus**.

La **proteína insaturada unida a la vitamina B12**, hace que esta vitamina sea inutilizable por las bacterias para su crecimiento.

El **globotriaosylceramide (gb3)** su acción proporciona al niño una protección contra la **diarrea infantil** producida por la toxina-Shiga o las parecidas a la toxina-Shiga (SLT-1 y SLT-2) por su capacidad para unirse ellas. Estas toxinas están vinculadas con el desarrollo del **síndrome hemolítico urémico (SHU)**.

•Factores antivirales y antiparasitarios, entre ellos:

La **lipasa** estimulada por sales biliares (lesb) es considerada el principal factor inactivador de protozoos (**Giardia lamblia**).

Lípido (ácido graso insaturado y monoglicéridos) protege contra el **herpes simple**, la **influenza**, **arbovirus: dengue, Semliki-Forest y Ross River**; **virus de la encefalitis japonesa B**; **virus sindbis** y **virus Western Nilo**.

El **factor lipídico** (no grasa) se ha comprobado su acción contra los virus de la **encefalitis japonesa B** y **2 tipos diferentes de virus de leucemia**.

Sustancia no específica tiene una acción protectora contra **arbovirus** y **virus de leucemia de muridos**.

La **alfa-2 macroglobulina** actúa contra los virus de **influenza** y **parainfluenza**.

La **alfa-1 antitripsina** su acción principal es contra **rotavirus**.

Un **grupo de macromoléculas** actúan contra los **virus del herpes simple**, **Coxsackie B4**, **citomegalovirus**, **rotavirus**, **virus de la estomatitis vesicular**; **virus Semliki-Forest**, **reovirus 3**, **poliovirus 2** y **virus sincitial respiratorio**.

La **macromolécula no lipasa** se estima que ejerce su acción contra la **giardia lamblia**.

Células del calostro al estimularse secretan una sustancia parecida al **interferón**, con una potente actividad **antiviral**. Los interferones son potentes estimuladores de la citotoxicidad de los leucocitos en ausencia de anticuerpos.

•Componentes celulares los cuales son macrófagos, leucocitos polimorfonucleares (LPN) y linfocitos "B" y "T"

Los **Macrófagos** pueden fagocitar y destruir una serie de agentes bacterianos como la **escherichia coli**, **estafilococo aureus** y **salmonella enteritis**. también actúa contra la **candida albicans**, además posee propiedades citotóxicas contra el virus del **herpes simple-1**.

Los **granulocitos neutrofilos (leucocitos polimorfonucleares)** cuyas funciones incluyen la destrucción y muerte de **gérmenes**, aunque su principal función es la defensa del tejido mamario.

Los **linfocitos linfocitos "B" y linfocitos "T"**.

La respuesta antigénica de los linfocitos producen efectos inmunológicos que benefician al lactante durante sus primeros años de vida, al protegerlo de numerosas enfermedades, como **enterocolitis necrotizante**, **meningitis neonatal**, **infecciones del tractus digestivo**, **respiratorio** y **genitourinario** y frente a **antígenos virales de rubéola**, **citomegalovirus** y **parotiditis**.

CONCLUSIONES

La leche materna tiene factores "probióticos" que fortalecen el sistema inmunitario y el microbiome humano (fuente de nutrición de bacterias sanas para el cuerpo). Un microbiome sano desempeña de por vida no sólo la prevención de infecciones, sino disminuir el riesgo de alergias, asma, obesidad y otras enfermedades crónicas

Los bebés amamantados con leche materna tienen menos posibilidades de sufrir infecciones de oído, vómitos, diarreas, neumonía, infección de vías urinarias y ciertos tipos de meningitis. Los amamantados por más de 6 meses tienen menos posibilidades de desarrollar leucemia y linfoma en la infancia, debido en parte a que son cánceres afectados por alteraciones del sistema inmunitario. Sin duda es la forma de alimentación más antigua, económica, natural y que más beneficios tiene para los lactantes, por los que el profesional de la salud debe promover con total confianza y sin ninguna duda su implantación, mantenimiento y duración en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Hanson LA, Brandtzaeg P. The mucosal defense system. En: Immunologic disorders in infant and children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1980:137-64; Slade HB, Schwartz SA. Mucosal immunity of breast milk. J Allergy Clin Immunol 1987;80:348-58; Hanson LA, Ahlstedt S, Anderson B, Carlsson B, Cole MF, Cruz JR, et al. Mucosal Immunity. Ann N.Y. Acad Sci 1982; Carlsson B, Cruz JR, García B, Hanson LA, Urrutia JJ. Immune factors in human milk. En: Visser HKA ed, Nutrition and metabolism of the fetus and infant. The Hague, 1979:263-71; Goldman AS, Garza C, Nichols BL, Goldblum RM. Immunologic factors in human milk during the first year of lactation. J Pediatr 1982;100:563-7.

Resumen: En la actualidad es muy importante conocer por parte de los profesionales sanitarios, los innumerables beneficios que ofrece la leche materna, para informar, promover y mantener la lactancia materna en el mayor número de madres lactantes posibles.

Numerosos estudios muestran los componentes inmunológicos de la leche materna y su relación frente a las enfermedades que protege.

Palabras Clave: Leche Materna / Breastfeeding / Human Milk
Inmunología / Immunologic Factors · NEONATO / NEWBORN

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Numerosos estudios demuestran que la leche materna, no sólo es un alimento para el lactante y niños con lactancia prolongada, sino que aparte del indudable beneficio nutricional, tiene innumerables efectos protectores. Es tan antigua como la Humanidad y sin ella no existiría.

Objetivos:

- Conocer los beneficios inmunológicos que presenta la leche materna.
- Dar a conocer dichos beneficios al profesional sanitario para que con total confianza pueda informar de ellos y sean los mayores promotores de la lactancia materna.

Método:

Es una revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de literatura científica sobre el tema, consultado artículos científicos de las principales bases de datos. Pubmed, Scielo y Medline; descartando artículos repetidos, poco concluyente o de dudosa base científica.

Resultados:

1. Cada día aparecen trabajos que abordan diferentes aspectos nutricionales, psicológicos e inmunológicos de la leche materna, vamos a tratar la parte de lo que se conoce de la inmunología.

Importante porque a través de este proceso se abastece al lactante de anticuerpos específicos, adquiriendo anticuerpos IgA contra todo microorganismo y antígeno alimentario a los cuales sea expuesta la madre (anticuerpos del tipo IgAs contra antígenos "O" de **E. coli**, **Shigella**, **Salmonella**, **anticuerpos "K" de E. coli**, **enterotoxinas de ECET** y **vibrio cholerae**, también se han encontrado anticuerpos IgAs contra **proteínas de alimentos** como leche de vaca, soja, etc.

- Se han identificado **componentes celulares y humorales inmunoprotectores específicos o Inmunoglobulinas**.

La IgA es la predominante, los anticuerpos IgAs específicos se unen directamente a bacterias y virus, inhibiendo la colonización del tracto gastrointestinal por parte de microorganismos causantes de enfermedades.

- Se han identificado **componentes celulares y humorales inmunoprotectores no específicos, factores antibacterianos no anticuerpos**, entre ellos:

El *factor bífido*, compiten con la *E. coli* en la formación de la flora intestinal, facilita la flora normal (gram +) del niño lactante. Inhibe el crecimiento de bacterias gramnegativas como **E. coli**, **Shigella** y otras bacterias como el **Estafilococo aurea y Bacterioides fragilis**. También ejercen su acción sobre algunos **protozoarios**.

Los *componentes C3 y C4* del complemento, poseen actividad opsonica, quimiotáctica y bacteriolítica contra **Escherichia coli**.

La *lactoferrina* es un potente bacterioestatico contra **Estafilococo aureus, Escherichia coli, Vibrio cholerae y Pseudomona aeruginosa**, por bloqueo de la síntesis de ARN de la bacteria. Inhibe el crecimiento de la **Candida albicans**.

La *lisozima* tiene una acción bactericida en presencia de IgAs y del factor C3 del complemento contra **Escherichia coli y Salmonella Spp.** y a su vez desarrolla una acción bacteriostática en presencia de vitamina C contra **enterobacterias y gérmenes grampositivos**.

La lactoperoxidasa por oxidación bacteriana actúa contra la *Escherichia coli* y *Salmonella typhimurium*.

El *ácido neuramínico* posee acción bacteriostática sobre **Escherichia coli y Estafilococo aureus** y parece inhibir la adhesión del **virus de la influenzae** a las células humanas.

Proteína no anticuerpo (receptor parecido a glucolipido o glicoproteína) es un factor antibacteriano, cuyo mecanismo de acción es inhibir la adherencia bacteriana del **Vibrio cholerae**.

Gangliosido actúa contra las enterotoxinas de la **Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)** y del **Vibrio cholerae**.

El *factor carbohidrato* no tiene una acción preventiva contra toxinas termoestables de **Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)**.

El *factor de resistencia* es ejerce una acción protectora contra **Estafilococo aureus**.

La *proteína insaturada* unida a la vitamina B12, hace que esta vitamina sea inutilizable por las bacterias para su crecimiento.

El *globotriaosylceramide (gb3)* su acción proporciona al niño una protección contra la **diarrea infantil** producida por la toxina-Shiga o las parecidas a la toxina-Shiga (SLT-1 y SLT-2) por su capacidad para unirse ellas. Estas toxinas están vinculadas con el desarrollo del **síndrome hemolítico urémico (SHU)**.

- Se han identificado **factores antivirales y antiparasitarios**, entre ellos:

- Además la leche materna tiene una serie de componentes celulares los cuales son **macrófagos, leucocitos polimorfonucleares (LPN) y linfocitos "B" y "T"**

Los Macrófagos pueden fagocitar y destruir una serie de agentes bacterianos como la *escherichia coli*, *estafilococo aureus* y *salmonella enteritidis*. también actúa contra la *candida albicans*, además posee propiedades citotóxicas contra el virus del herpes simple-1.

Los granulocitos neutrofilos (leucocitos polimorfonucleares) cuyas funciones incluyen la destrucción y muerte de gérmenes, aunque su principal función es la defensa del tejido mamario.

Los linfocitos *linfocitos "B" y linfocitos "T"*.

La respuesta antigénica de los linfocitos producen efectos inmunológicos que benefician al lactante durante sus primeros años de vida, al protegerlo de numerosas enfermedades, como **enterocolitis necrotizante, meningitis neonatal, infecciones del *tractus* digestivo, respiratorio y genitourinario y frente a antígenos virales de rubéola, citomegalovirus y parotiditis.**

Conclusiones:

La leche materna tiene factores “probióticos” que fortalecen el sistema inmunitario y el microbiome humano (fuente de nutrición de bacterias sanas para el cuerpo). Un microbiome sano desempeña de por vida no sólo la prevención de infecciones, sino disminuir el riesgo de alergias, asma, obesidad y otras enfermedades crónicas

Los bebés amamantados con leche materna tienen menos posibilidades de sufrir infecciones de oído, vómitos, diarreas, neumonía, infección de vías urinarias y ciertos tipos de meningitis. Los amamantados por más de 6 meses tienen menos posibilidades de desarrollar leucemia y linfoma en la infancia, debido en parte a que son cánceres afectados por alteraciones del sistema inmunitario.

Sin duda es la forma de alimentación más antigua, económica, natural y que más beneficios tiene para los lactantes, por lo que el profesional de la salud debe promover con total confianza y sin ninguna duda su implantación, mantenimiento y duración en el tiempo.

Bibliografía

- 1.- Häanson LA, Brandtzaeg P. The mucosal defense system. En: immunologic disorders in infant and children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1980:137-64.
- 2.- Slade HB, Schwartz SA. Mucosal immunity of breast milk. J Allergy Clin Immunol 1987;80:348-58.
- 3.- Häanson LA, Ahlstedt S, Anderson B, Carlsson B, Cole MF, Cruz JR, et al. Mucosal Immunity. Ann N.Y. Acad Sci 1982.
- 4.- Carlsson B, Cruz JR, García B, Häanson LA, Urrutia JJ. Immune factors in human milk. En: Visser HKA ed, Nutrition and metabolism of the fetus and infant. The Hague, 1979:263-71.
- 5.- Goldman AS, Garza C, Nichols BL, Goldblum RM. Immunologic factors in human milk during the first year of lactation. J Pediatr 1982;100:563-7.

Capítulo 182

Sujeción mecánica en el Servicio de Urgencias Hospitalarias

Ruiz Martínez, Amaia

SUJECCIÓN MECÁNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Amaia Ruiz Martínez

INTRODUCCIÓN La contención mecánica o sujeción mecánica se define como el método de inmovilización física mediante el uso de equipamiento autorizado, en lo que se refiere al control conductual del paciente psiquiátrico agitado, llevado a cabo por personal sanitario entrenado en su realización, destinado a limitar de forma segura los movimientos de una parte o de todo el cuerpo de un paciente para prevenir que se dañe a si mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico. Es una medida excepcional a utilizar cuando las demás intervenciones no han sido eficaces. La duración de la contención mecánica debe de ser la mínima posible. Los efectos secundarios de una mala contención mecánica pueden causar úlceras por presión, compresión de nervios, rabdomiólisis, trombosis y consecuencias psicológicas, entre otros. Todas estas consecuencias pueden disminuir con un personal cualificado y una supervisión continua del paciente

OBJETIVO Describir aspectos a tener en cuenta en una contención mecánica en la urgencia sin riesgo para el profesional que la lleva a cabo y para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la literatura para identificar los factores relacionados con la contención mecánica en urgencias hospitalarias. Se han utilizado las bases de datos bibliográficas siguientes: PubMed, Google Scholar, ENFISPO y Scielo.

- R** ✓ La contención mecánica precisa de indicación médica, pero, ante una urgencia, el personal de enfermería está autorizado a iniciarla, siempre comunicándoselo al médico lo antes posible.
- E** ✓ El personal óptimo para la contención mecánica son de 5 personas, cada persona sujetando una extremidad y el quinto sujetando la cabeza.
- S** ✓ Los materiales deben estar preparados y comprobados en el box de urgencias correspondiente. Estos materiales son: 1 cintura abdominal, 2 muñequeras, 1 tira de anclaje de pies, 2 tobilleras, 9 anclajes magnéticos y 1 imán.
- U** ✓ Es importante alejar al paciente de posibles objetos peligrosos para evitar que cause daños a si mismo o al personal durante la contención.
- L** ✓ Hay que explicar al paciente el procedimiento para que colabore durante la contención, intentando crear una alianza terapéutica para que la técnica sea más sencilla y asegurarle que sus necesidades estarán cubiertas en todo momento, recordándole que va a estar en constante vigilancia.
- T** ✓ Una vez hecho el procedimiento se debe registrar en las bases de datos de cada servicio de urgencias junto con las constantes vitales del paciente mientras dure la contención.
- A** ✓ La finalización de la contención mecánica debe ser indicación médica y ha de hacerse de manera gradual, contando con personal suficiente por si hubiera que realizarla de nuevo.
- D**
- O**
- S**



CONCLUSIONES El conocimiento de la técnica de contención mecánica aumenta la seguridad del paciente y de los profesionales que participan en este procedimiento. Es preciso capacitar a los profesionales de urgencias en el manejo de las contenciones mecánicas mediante cursos de formación continua para que puedan otorgar los mejores cuidados durante las contenciones mecánicas en el servicio de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hernanz MM. Urgencias Psiquiátricas En El Hospital General. Arch Neurobiol (Madr). 1981;44(5-6):275-88.
- 2- Sociedad Española De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. El paciente agitado. 2009; Available from: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>
- 3- Liaño Escobedo C. Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. Trab Fin Grado Enfermería [Internet]. 2014; Available from: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5240>
- 4- Unidad de Psiquiatría. HIC. Protocolo De Contención Mecánica. 2017;44. Available from: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCIÓNBadajoz.pdf
- 5- Ma Luisa R, Natividad A. Inmovilización De Pacientes Y Sujeción Mecánica. ChospabEs [Internet]. 2012;1-20. Available from: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f855c39ddc18035c1767f57715187766.pdf>

Resumen: La sujeción mecánica es una técnica terapéutica extrema utilizada como último recurso en casos de agitación psicomotriz en las urgencias hospitalarias. Se realiza una revisión bibliográfica para encontrar la mejor evidencia a la hora de realizar esta técnica para abordarla con la mayor seguridad y eficacia posible.

Palabras Clave: Cuidados de enfermería, Inmovilización, Agitación psicomotora.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La contención mecánica o sujeción mecánica es una técnica terapéutica extrema utilizada en las urgencias psiquiátricas hospitalarias. Este procedimiento se define como: “el método de inmovilización física mediante el uso de equipamiento autorizado, en lo que se refiere al control conductual del paciente psiquiátrico agitado, llevado a cabo por personal sanitario entrenado en su realización, destinado a limitar de forma segura los movimientos de una parte o de todo el cuerpo de un paciente para prevenir que se dañe a si mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico”. Es una medida excepcional a utilizar cuando las demás intervenciones no han sido eficaces. La duración de la contención mecánica debe de ser la mínima posible, siempre haciendo un registro específico para la prescripción, seguimiento y reevaluación del estado del paciente. Los efectos secundarios de una mala contención mecánica pueden causar úlceras por presión, compresión de nervios, infecciones nosocomiales, arritmias, rhabdomiolisis y trombosis. Todas estas consecuencias pueden disminuir con un personal cualificado y una supervisión continua del paciente. También pueden ocurrir consecuencias psicológicas tanto en el personal como en el paciente, como distrés y secuelas traumáticas.

Objetivos:

Describir aspectos a tener en cuenta en una contención mecánica en la urgencia sin riesgo para el profesional que la lleva a cabo y para el paciente.

Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la literatura para identificar los factores relacionados con la contención mecánica en urgencias hospitalarias. Se han utilizado las bases de datos bibliográficas siguientes: PubMed, Google Scholar, ENFISPO y Scielo.

Resultados:

El personal de urgencias implicado en la realización de una contención terapéutica debe conocer y dominar el material y su utilización, así como los diferentes pasos que componen el procedimiento de contención.

Este procedimiento empieza con la toma de decisión, siempre responsabilidad del médico. Ante una urgencia, el personal de enfermería está autorizado a iniciar el proceso, pero este debe ser comunicado y autorizado por escrito por el médico responsable lo antes posible. El mínimo recomendable para la contención es de 5 personas: médico responsable, enfermera responsable,

técnico de cuidados auxiliares de enfermería, y celador, personal de seguridad siempre que sea necesario. Cada uno sujetará una extremidad, y el quinto, la cabeza. Los medios materiales necesarios son 1 cinturón abdominal, 2 muñequeras, 1 tira de anclaje de pies, 2 tobilleras, 9 anclajes magnéticos y 1 imán. Estos materiales estarán montados y comprobados en la cama destinada a este proceso. Cada servicio de urgencias tiene una cama y un box específicos para realizar esta contención de manera segura. Siempre deben de existir 2 juegos de correas preparados y montados por si fueran necesarias simultáneamente. Este material debe ser comprobado y registrado a diario.

Previa a la contención mecánica es preciso comunicar al paciente el procedimiento, utilizando la contención verbal, intentando crear una alianza con el paciente para que colabore y se tumben voluntariamente en la cama para que la contención mecánica sea más sencilla para el paciente y el personal implicado. Si este no accediese, se procedería a reducirle y tumbarle en la cama o en el suelo, dependiendo de la premura de la situación. La posición de la inmovilización más adecuada según estudios, es la de decúbito supino con inclinación de 30º, que permite un mejor control y vigilancia. Una vez en la cama, se procederá a colocar las sujeciones dependiendo del estado del paciente, podrán ser de manera completa (tronco, y las 4 extremidades) o de manera parcial (tronco y 2 extremidades en diagonal). Una vez contenido, es preciso comprobar el grado de movilidad del paciente y la correcta colocación de las contenciones. No hay que olvidar que es importante registrar al paciente y despojarle de objetos peligrosos que pueda llevar encima, como el cinturón, mechero, navajas... y vestirle con el camisón del hospital. Si su estado lo permite y para reducir la ansiedad del paciente, hay que explicarle que todas sus necesidades van a ser atendidas y que va a ser observado en todo momento por el personal sanitario. Para terminar, siempre hay que registrar en el programa informático adecuado este proceso, indicando el nombre de los profesionales presentes, la hora, indicación de la contención, tratamiento administrado, y realizar un registro de las constantes vitales del paciente durante todo el tiempo que esté con contención mecánica. Mientras dure la contención, hay que llevar a cabo una valoración constante del paciente, anotando: constantes vitales (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura), estado de conciencia, compresión vascular y estado de la piel y los cuidados necesarios de alimentación, eliminación y aseo, entre otros. Cuando el médico responsable de la orden de finalizar la contención mecánica tras su valoración, la retirada de las sujeciones debe hacerse de manera gradual, liberando cada correa con intervalos de diez minutos y con el personal necesario por si fuera precisa una nueva contención.

Conclusiones:

El conocimiento de la técnica de contención mecánica aumenta la seguridad del paciente y de los profesionales que participan en este procedimiento. Es preciso capacitar a los profesionales de urgencias en el manejo de las contenciones mecánicas mediante cursos de formación continua para que puedan otorgar los mejores cuidados durante las contenciones mecánicas en el servicio de urgencias.

Bibliografía

1.- Hernanz MM. Urgencias Psiquiátricas En El Hospital General. Arch Neurobiol (Madr). 1981;44(5-6):275-88.

2.- Sociedad Española De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. El paciente agitado. 2009; Available from: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>

3.- Liaño Escobedo C. Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. Trab Fin Grado Enfermería [Internet]. 2014; Available from: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5240>

4.- Unidad de Psiquiatría. HIC. Protocolo De Contención Mecánica. 2017;44. Available from: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCIÑbadajoz.pdf

5.- MaLuisaR, NatividadA. Inmovilización De Pacientes Y Sujeción Mecánica. ChospabEs [Internet]. 2012;1–20. Available from: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f855c39ddc18035c1767f57715187766.pdf>

Capítulo 183

Superficies Especiales para Prevención de Las Úlceras por Presión ¿Son Realmente Eficaces?

*Ruiz Alonso, Pedro Luis
Ovejero de Pablo, María Sandra
Lázaro Pérez, M^a Gema
De Miguel Muñoz, Sonia
López Pinilla, Yolanda
Escudero Tutor, Laura*

SUPERFICIES ESPECIALES PARA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

¿SON REALMENTE EFICACES?

Pedro Luis Ruiz Alonso, María Sandra Ovejero de Pablo, M. Gema Lázaro Pérez, Sonia de Miguel Muñoz, Yolanda López Pinilla, Laura Escudero Tutor

INTRODUCCIÓN

UPP



METODOLOGÍA

La aparición de úlceras por presión (UPP) puede considerarse un factor indicador de la calidad del cuidado, además de ser unas lesiones muy costosas económicamente para el sistema sanitario y en términos de calidad de vida para el paciente (1,2).

Existen gran cantidad de alternativas comerciales para disminuir o alternar la presión que recibe el usuario en zonas sensibles.

OBJETIVO

Establecer, según la evidencia disponible, la capacidad de prevención en la aparición de UPP que tienen estas superficies especiales.

Revisión bibliográfica, con búsqueda en la base de datos PUBMED los estudios realizados sobre este tema entre los años 2010 a 2020 sin limitación de edad y usando lenguaje controlado con el tesoro MESH con artículos tanto en inglés como en español. La búsqueda se realizó en octubre de 2020.

De los 7 artículos indexados se eligieron 3 por ser los que más se adaptaban a la pregunta propuesta.

Un metaanálisis evidencia que los colchones de presión son más eficaces que los colchones estándar para prevenir las UPP. Sin embargo, no hay suficiente certeza para comparar los diferentes tipos de colchones de presión. Se muestra que los colchones de espuma viscoelástica son más útiles que las superficies hospitalarias estándar. En todos los artículos que se comparaba el tipo "piel de oveja" se encontró menos incidencia de UPP para pacientes con riesgo medio-bajo, aunque los pacientes indicaban mayor incomodidad(1).

Existe evidencia moderada de que las superficies de aire activo motorizadas probablemente reducen la incidencia de UPP con respecto a los colchones de hospital estándar. Hay evidencia, con bajo nivel de certeza, que indica que superficies como la fibra reactiva sin motor, superficies de agua sin motor, las de aire con baja pérdida de aire y las de aire reactivo con o sin motor podrían reducir la incidencia de UPP con respecto a las superficies estándar hospitalarias(2).

En todos los casos apareció un aumento de parámetros como la temperatura y el eritema, entre otros, inmediatamente después de las 2 horas de carga del peso con una disminución a los 20 minutos de la descarga. La respuesta eritematosa fue 3 veces mayor en el grupo de colchón de espuma que en los colchones de gel y aire(3).

RESULTADOS

PALABRAS CLAVE:

PRESSURE ULCER

SURFACE PROPERTIES

BEDS

CONCLUSIONES

- Las superficies especiales son herramientas reconocidas para prevención y curación de UPP.
- Los pacientes con riesgo de UPP pueden beneficiarse de estas SdA especializadas, ya que comparando los colchones de espuma estándar con aquellas SdA activas y reactivas, la superficie estándar causó mayor deformación en los tejidos del sacro y de los talones
- Existen problemas a la hora de comparar las diferentes SdA por las diferencias de definición de las mismas a consecuencia del avance de esta tecnología, la metodología empleada en los estudios y la variabilidad del concepto superficie "estándar".
- Se requiere más investigación para obtener una evidencia clara de capacidad de prevención de la aparición de UPP de cada una de las SdA especializadas disponibles.

1- Rae KE, Isbe S, Upton D. Support surfaces for the treatment and prevention of pressure ulcers: A systematic literature review. J Wound Care. 2018;27(8):467-74.

2- Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. PLoS One. 1 de febrero de 2018;13(2).

3- Tomova-Simitchieva T, Lichterfeld-Kottner A, Blume-Peytavi U, Kottner J. Comparing the effects of 3 different pressure ulcer prevention support surfaces on the structure and function of heel and sacral skin: An exploratory cross-overtrial. Int Wound J. 2018;15(3):429-37.

Resumen: Las úlceras por presión (UPP) son lesiones localizadas en la piel y / o el tejido subyacente, generalmente cerca de prominencias óseas en las zonas en las que existe presión. La aparición de UPP puede considerarse como indicador de calidad del cuidado ya que son lesiones que se pueden prevenir. El presente trabajo de búsqueda de evidencias se ha diseñado para dar respuesta a la pregunta: “¿En pacientes con riesgo de úlceras por presión, el uso de superficies de apoyo especiales frente a colchones tradicionales reduce la incidencia de desarrollo de úlceras por presión?”.

Palabras Clave: DeCS: Úlcera por presión, lechos, incidencia.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La aparición de UPP puede considerarse un factor indicador de la calidad del cuidado, además de ser unas lesiones muy costosas económicamente para el sistema sanitario y en términos de calidad de vida para el paciente ^(1,2). Como su propio nombre indica son producidas en gran parte por fuerzas de presión sobre la piel y/o tejido subyacente del paciente y existiendo gran cantidad de alternativas comerciales para disminuir o alternar la presión que recibe el usuario en zonas sensibles, se pretende conocer, según la evidencia disponible actualmente.

Una úlcera por presión se puede definir como lesión localizada en la piel y / o el tejido subyacente, generalmente cerca de prominencias óseas en las zonas en las que existe presión ^(2,3).

Superficies especiales de apoyo son aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, incluyen camas, colchones, cobertores o cojines de asiento⁽⁴⁾. Se pueden clasificar, según Grupo Nacional de para el Estudio de y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNAUPP) en superficies estáticas, mixtas y dinámicas dependiendo del modo de actuación del dispositivo ⁽⁵⁾.

El cuidado integral de los enfermos es la labor fundamental de la enfermera. En el lavado diario de los pacientes se pueden detectar zonas comprometidas en las que pueden aparecer UPP. Las UPP son heridas cuyo tratamiento y seguimiento es en gran parte responsabilidad del personal de enfermería. Se cuenta con una serie de escalas validadas, siendo las más representativas las de Norton, Braden y EMINA. Por medio de estas escalas se pueden detectar los usuarios más susceptibles a desarrollar UPP para así establecer cuidados preventivos para dificultar su aparición. Dentro de estos cuidados preventivos uno de ellos es disminuir la presión sobre las zonas con prominencia ósea, para lo cual se pueden emplear superficies de apoyo especiales que reparten la presión o la cambian de lugar ⁽¹⁻⁵⁾.

El motivo de este trabajo es establecer la capacidad de prevención en la aparición de UPP que tienen estas superficies especiales.

Objetivos:

- Establecer, según la evidencia disponible, la capacidad de prevención en la aparición de UPP que tienen estas superficies especiales.

Método:

Se trata de una revisión bibliográfica. Se buscó en la base de datos PUBMED los estudios realizados sobre este tema en los últimos 10 años sin limitación de edad y usando lenguaje controlado con el tesoro MESH. Las palabras claves empleadas para la búsqueda fueron: pressure ulcer, surface properties y beds. Se limitó la búsqueda a los últimos 10 años y se solicitaron artículos en inglés y en español. La búsqueda se realizó en octubre de 2020. De los 7 artículos indexados se eligieron 3 por ser los que más se adaptaban a la respuesta de la pregunta propuesta.

La estrategia de búsqueda en Pubmed fue: ((pressure ulcer [mesh]) AND (surface properties [mesh])) AND (beds [mesh]) filters: in the last 10 years, English, Spanish

Resultados:

Un meta análisis ⁽²⁾ evidencia que los colchones de presión son más eficaces que los colchones estándar para prevenir las UPP. Sin embargo, no hay suficiente certeza para comparar los diferentes tipos de colchones de presión. Se muestra que los colchones de espuma visco elástica son más útiles que las superficies hospitalarias estándar. En todos los artículos que se comparaba el tipo “piel de oveja” se encontró menos incidencia de UPP para pacientes con riesgo medio-bajo, aunque los pacientes indicaban mayor incomodidad ⁽¹⁾. Existe evidencia moderada de que las superficies de aire activo motorizadas probablemente reducen la incidencia de UPP con respecto a los colchones de hospital estándar. Hay evidencia, con bajo nivel de certeza, que indica que superficies como la fibra reactiva sin motor, superficies de agua sin motor, las de aire con baja pérdida de aire y las de aire reactivo con o sin motor podrían reducir la incidencia de UPP con respecto a las superficies estándar hospitalarias⁽²⁾. En todos los casos apareció un aumento de parámetros como la temperatura y el eritema, entre otros, inmediatamente después de las 2 horas de carga del peso con una disminución a los 20 minutos de la descarga. La respuesta eritematosa fue 3 veces mayor en el grupo de colchón de espuma que en los colchones de gel y aire⁽³⁾.

Conclusiones:

- Las superficies especiales son herramientas reconocidas para prevención y curación de UPP.
- Los pacientes con riesgo de UPP pueden beneficiarse de estas superficies de apoyo especializadas, ya que comparando los colchones de espuma estándar con aquellas superficies de apoyo activas y reactivas, la superficie estándar causó mayor deformación en los tejidos del sacro y de los talones
- Existen problemas a la hora de comparar las diferentes superficies de apoyo por las diferencias de definición de las mismas a consecuencia del avance de esta tecnología, la metodología empleada en los estudios y la variabilidad del concepto superficie “estándar”.
- Se requiere más investigación para obtener una evidencia clara de capacidad de prevención de la aparición de UPP de cada una de las superficies de apoyo especializadas disponibles.

Bibliografía

- 1.- Rae KE, Isbe S, Upton D. Support surfaces for the treatment and prevention of pressure ulcers: A systematic literature review. J Wound Care. 2018;27(8):467-74.
- 2.- Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. PLoS One. 1 de febrero de 2018;13(2).

3.- Tomova-Simitchieva T, Lichterfeld-Kottner A, Blume-Peytavi U, Kottner J. Comparing the effects of 3 different pressure ulcer prevention support surfaces on the structure and function of heel and sacral skin: An exploratory cross-over trial. *Int Wound J.* 2018;15(3):429-37.

4.- Úlceras por presión: SEMP | Úlceras.net [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/114/102/ulceras-por-presion-semp.html>

5.- Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Ontcasi P- Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie de Documentos Técnicos No XIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011. p44-45.

Capítulo 184

Taller de Masaje Infantil como Herramienta de Educación para la Salud en Fisioterapia

*Bastante Lozano, Mónica
Sánchez González, Irene
Cabañero Luján, Remedios
Del Rey Cerros, Marina
Gallego Román, Rosa
Córdoba Mateos, M. Teresa*

TALLER DE MASAJE INFANTIL COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN FISIOTERAPIA



MÓNICA BASTANTE LOZANO
IRENE SÁNCHEZ GONZÁLEZ
REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN

MARINA DEL REY CERROS
ROSA GALLEGO ROMÁN
M.TERESA CORDOBA MATEOS

SATSE

CONCLUSIÓN

- Necesidad de enseñar posturas adecuadas que promuevan el desarrollo motor normal, la prevención de deformidades y el bienestar del lactante.
- Idoneidad de programar una actividad de educación para la salud impartida por un fisioterapeuta durante el embarazo o primeras semanas de vida del bebé.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

El modelo de sociedad actual provoca que la primera criatura que muchos padres tengan en sus brazos sea su propio hijo/a



PLAN DE ACTUACIÓN

Metodología práctica con contenidos divididos por zonas corporales. Fisioterapeuta demuestra la técnica y las familias practican y son revisadas de manera individual para la correcta ejecución



Más imágenes y recursos



VENTAJAS

PARA EL BEBÉ

- Estimulación de la sensibilidad cutánea esencial en desarrollo orgánico y psicológico
- Activación del sistema inmunológico
- Influye positivamente en órganos gastrointestinales
- Mejora patrones de sueño
- Favorece exogestación

PARA LA FAMILIA

- Herramienta para la comunicación con su bebé
- Mejora autoestima de los padres
- Genera vínculo de apego
- Aprendizaje de pautas para evitar problemas posturales y facilitar el desarrollo motor infantil normal

Resumen: Se propuso desarrollar un taller de masaje infantil en colaboración con la asociación provincial de apoyo a la lactancia materna "Oro Blanco" impartido por una fisioterapeuta para enseñar a las familias a facilitar la comunicación con su bebé a través de diferentes maniobras. Al mismo tiempo se ofrecían pautas para evitar problemas posturales, facilitar el desarrollo motor infantil normal y como alivio en síntomas del cólico del lactante. La valoración por parte de las familias fue buena y se demandó que dicha actividad fuera repetida en más ocasiones a lo largo del año o como acción formativa durante el embarazo.

Palabras Clave: Physical Therapy Modalities, Massage, Infant Health

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Está ampliamente demostrado que el masaje infantil tiene múltiples beneficios tanto para los lactantes como para los padres. Entre las ventajas para el bebé se encuentran la estimulación de la sensibilidad cutánea, la cual es esencial para el desarrollo orgánico y psicológico.

Otro de los beneficios es la activación del sistema inmunológico, ya que, por una parte, se favorece la producción de las hormonas del tipo endorfinas, prolactina y oxitocina y por otra, se estimula el sistema cardiorrespiratorio, la circulación sanguínea y el metabolismo.

De igual forma, influye positivamente en la maduración del sistema gastrointestinal y mejora patrones de sueño.

Todo ello permite que el proceso de exogestación sea vivido por bebés y padres de forma más placentera puesto que el masaje es una herramienta de comunicación que contribuye a generar un vínculo de apego.

Observación Clínica:

El modelo de sociedad actual en la que la falta de una red familiar y de referentes por haber menos hijos, provoca que muchos padres cuando tienen su primera criatura no han tenido una experiencia cercana que les permita haber aprendido la práctica de cuidar de un lactante.

Por todo ello, es frecuente encontrarnos con familias con poco manejo del bebé y con dificultades para entender las demandas del lactante, circunstancias que aumentan la sensación de inseguridad de los progenitores ante el reto que supone la crianza.

Plan de actuación de fisioterapia:

A través de la Asociación de apoyo a la lactancia materna "Oro Blanco" se organizó un taller titulado "Masaje infantil para familias y futuros padres" y se publicitó a través de sus redes sociales y cartelería confeccionada para la actividad.

El *lugar* en el que se impartió fue el gimnasio del Centro de la Mujer de Manzanares, previa solicitud al Ayuntamiento de la localidad. El espacio era adecuado puesto que es amplio y diáfano, cuenta con espejos y colchonetas y permite la regulación de la temperatura confortable para que los bebés puedan estar con la piel desnuda.

El *aforo* se limitó a 12 familias con el objetivo de que el profesional pudiera revisar de manera individual las maniobras que se iban explicando.

Tras la confirmación de la inscripción se les informaba a los asistentes que debían llevar el siguiente material: aceite para aplicarlo (preferentemente de origen vegetal y sin aromas fuertes), un empapador y/o toalla para tumbar al pequeño y otra más pequeña para limpiar los posibles restos de lubricante.

Se advirtió a los asistentes que como contraindicación del masaje se debe evitar si el bebé tiene fiebre o padece alguna infección, pudiéndose aplicar desde la primera semana de vida incluso en prematuros. También se explicó que el momento adecuado debe ser entre toma y toma

La *metodología* fue eminentemente práctica y los contenidos se dividían en bloques que coincidían con las diferentes partes del cuerpo del bebé para hacerlo más esquemático y comprensible. La fisioterapeuta demostraba las técnicas a realizar y acto seguido se practicaba por las familias, donde la docente revisaba de manera individual la correcta ejecución por parte de los padres.

Los bloques se dividieron en:

1. *Miembros inferiores*

2. *Abdomen*: esta zona corporal cobró especial importancia en la sesión puesto que, además de las diferentes técnicas del masaje abdominal, se mostraron posturas de alivio para el cólico del lactante, que es vivido por los padres con gran angustia.

3. *Pecho*

4. *Miembros superiores*

5. *Cara*: como en otros bloques, se implementó en esta explicación las medidas posturales a tomar en casa para prevenir y corregir patologías del tipo tortícolis congénita o plagiocefalias.

6. *Espalda*: además de las maniobras propias del masaje, se hizo especial hincapié en la importancia del “tummy time” o “hora de la barriguita”. Este término hace referencia a la posición de decúbito prono que deben adoptar los bebés siempre que estén vigilados para estimular los importantes hitos del desarrollo motor normal y para evitar deformidades craneales como las plagiocefalias.

Al finalizar la sesión se hizo *entrega de material visual* en formato papel para que fuera más fácil reproducir lo aprendido en sus domicilios. Aquí se indicaba un recordatorio de las maniobras aprendidas, recursos bibliográficos y audiovisuales disponibles en Internet. Se invitó a improvisar combinaciones diferentes ajustándose a la edad del bebé.

Discusión:

La valoración general de los asistentes fue muy satisfactoria. La totalidad de las familias aplicaron los conocimientos adquiridos con sus bebés y muchas de ellas hasta pasados los 3 años de vida.

Durante la impartición del taller se evidenció la necesidad de reforzar la explicación en posturas adecuadas en el lactante que promuevan el desarrollo motor normal, la prevención de deformidades y el bienestar del lactante.

Estos hallazgos sugieren la idoneidad de programar una actividad de educación para la salud durante el embarazo dirigido por un fisioterapeuta, siempre en coordinación con el resto de profesionales para no duplicar contenidos.

Conclusión:

A la vista de los resultados habría que replantear si la actividad se publicita únicamente como taller de masaje infantil o referenciarla como educación para salud del lactante y su familia por parte de un fisioterapeuta.

Para futuras actividades de este tipo se sugiere hacer un cuestionario exploratorio junto con el formulario de inscripción para hacer un mapa de los conocimientos previos de las familias y de las expectativas de la acción. De igual forma es necesario la recogida de datos sobre la satisfacción con el taller y los conocimientos adquiridos; dicha encuesta debería ser mayoritariamente cuantitativa, anónima y autogestionada.

Bibliografía

1.- Leboyer, F. Shantala: un arte tradicional, el masaje de los niños. 1ªEd. Barcelona : Librería Universitaria, 2008

2.- Sánchez González, M.M.,Gutiérrez Fernández, L. Bebés en movimiento: acompañamiento del desarrollo psicomotor, sensorial y postural de tu bebé. 1ª ed. Fresno de la Carballeda, Zamora : La Casita de Paz, 2016

3.- Pacheco da Costa, S. El masaje infantil. Revista Fisioterapia (AEF) 1999;21 (Monográfico 2). Página 105-115

4.- Walker, P. El arte práctico del masaje infantil, el contacto natural. Barcelona. Paidotribo, cop. 2001

Capítulo 185

Terapia Celular y Regenerativa a partir de Piezas Dentales

*de Castro Cabrerros, Marta
Gómez Calvo, Estela
Pérez Cabrerros, Esther
Santiago Blanco, Lorena*

TERAPIA CELULAR Y REGENERATIVA A PARTIR DE PIEZAS DENTALES

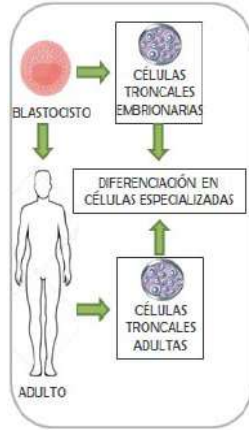
de Castro Cabrerros, Marta; Gómez Calvo, Estela; Pérez Cabrerros, Esther; Santiago Blanco, Lorena

INTRODUCCIÓN

La finalidad de la **medicina regenerativa** es reestablecer la función de órganos dañados mediante el uso de **células troncales**.

Las fuentes más habituales de obtención de células troncales mesenquimales son el cordón umbilical y la médula ósea, pero existen otras.

Las células mesenquimales de **pulpa dental** podrían presentar un buen potencial de acción en medicina regenerativa.



OBJETIVOS

- Determinar el **potencial terapéutico** de las células troncales mesenquimales obtenidas de **pulpa dental**.
- Realizar un **estudio comparativo** de las **piezas dentales** frente al **cordón umbilical** como fuente de obtención de células troncales.
- Conocer la situación actual de los **bancos de cordón umbilical y de dientes** en España.
- Proponer **intervenciones enfermeras** orientadas a la conservación de piezas dentales que puedan incidir positivamente en la prevención de enfermedades.

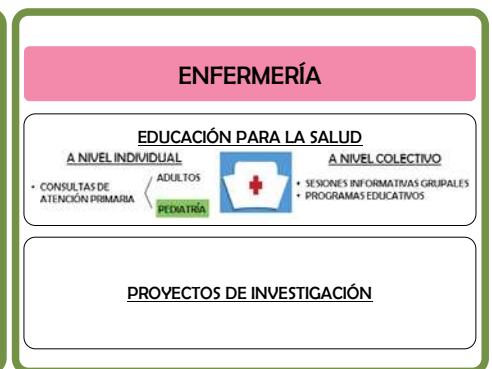


METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de libros y artículos científicos obtenidos de las bases de datos online Medline, Web of Science y Scielo.

- Criterios de inclusión: Habla inglesa o española, publicación posterior al año 2012, alta evidencia científica, relevancia y especificidad.
- Criterios de exclusión: Artículos de opinión, artículos sin acceso libre al texto completo, casos únicos, comunicaciones no publicadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



CONCLUSIONES

- La **pulpa dental** se está alzando como una gran alternativa de obtención de células troncales con un **potencial terapéutico muy prometedor**.
- Presentan **ciertas ventajas** frente a las células troncales de cordón umbilical.
- Existe en España un **banco privado de dientes**, además de **7 bancos públicos de cordón umbilical** y algunos privados.
- Es preciso **seguir investigando** → Muchas incógnitas por resolver y preguntas sin respuesta.
- **Enfermería** → Diversas intervenciones posibles para fomentar la medicina preventiva a través de la **educación sanitaria**. También es necesaria la participación activa en **proyectos de investigación**.

Resumen: *Revisión bibliográfica sobre las investigaciones referidas al potencial terapéutico de las células troncales dentales, comparándolo con las procedentes de cordón umbilical. Se prevé que las células troncales dentales tengan un papel relevante en terapia celular y regenerativa para uso autólogo, y presumiblemente podrán utilizarse para trasplante de piezas dentarias o para tratamiento de procesos degenerativos, autoinmunes o endocrinos. En España conviven bancos privados y públicos de cordón umbilical y un banco privado de células dentales. Enfermería va a tener un importante papel en la promoción de la salud en referencia a posibles terapias con células troncales.*

Palabras Clave: *Medicina Regenerativa / Regenerative Medicine. - Pulpa Dental/Dental Pulp. - Enfermería/Nursing.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La finalidad de la medicina regenerativa es reestablecer la función de órganos dañados mediante el uso de células troncales. Las células troncales se caracterizan por la autorrenovación o capacidad de multiplicación, y la potencia o capacidad de generar células de distintos tipos con funciones especializadas.

En función de su origen, se distinguen células embrionarias y células adultas o post-natales. Estas últimas, y en concreto las mesenquimales, de carácter multipotente, son las más utilizadas en terapia celular por su facilidad de obtención y porque no plantean conflictos éticos, a pesar de que su plasticidad y poder proliferativo es menor que en las células embrionarias, y de que su potencial terapéutico va disminuyendo con la edad. Se pueden obtener de médula ósea y de cordón umbilical, pero también de otras fuentes como tejido adiposo o pulpa dental.

Las células mesenquimales de pulpa dental podrían presentar un buen potencial de acción en medicina regenerativa, por lo que el desarrollo de este trabajo se centra fundamentalmente en su análisis.

Objetivos:

Revisar el estado actual de las investigaciones respecto a las células troncales y determinar el potencial terapéutico de las procedentes de piezas dentales.

- Realizar un estudio comparativo de las células troncales procedentes de piezas dentales frente a las procedentes de cordón umbilical.
- Conocer la situación actual de los bancos de cordón y de dientes en España.
- Proponer intervenciones enfermeras en este campo.

Material y Método:

Revisión bibliográfica de libros y artículos científicos obtenidos de las bases de datos online Medline, Web of Science y Scielo.

Criterios de inclusión: Habla inglesa o española, publicación posterior al año 2012, alta evidencia científica, relevancia y especificidad.

Criterios de exclusión: Artículos de opinión, artículos sin acceso libre al texto completo, casos únicos, comunicaciones no publicadas.

Resultados:

El primer punto destacable son los bancos de células. Respecto al cordón umbilical, existen bancos privados para uso autólogo, a pesar de no estar bien vistos por muchos organismos científicos, pero los bancos con mejores resultados son los públicos. En España existen 7, y en este caso las células donadas son utilizadas para tratar a cualquier persona que lo necesite. En cuanto a los bancos de dientes, el primero apareció en 2006, en EEUU, y posteriormente surgió en nuestro país el centro privado Dencells, destinado al trasplante autólogo, aunque no se descarta que en un futuro sea posible el trasplante de un individuo a otro.

A continuación se realiza un estudio comparativo entre las células dentales y las de cordón umbilical, y los resultados obtenidos más relevantes son los siguientes:

- Mientras que las células troncales dentales presentan el fenotipo característico de células mesenquimales, con una elevada potencia, las procedentes de cordón umbilical se comportan como precursores hematopoyéticos.

- El potencial proliferativo de las células dentales es superior al de las células de cordón umbilical.

- Aunque la extracción de ambos tipos de células es sencilla y sin riesgos para el donante, las de cordón umbilical solo se pueden obtener en el momento del nacimiento, y en cambio las dentales se pueden extraer a lo largo de toda la vida del individuo, de piezas tanto deciduas como definitivas, incluyendo los terceros molares.

- En cuanto a los tratamientos potenciales y perspectivas futuras, de las células dentales destaca que van orientados tanto a afecciones de la cavidad bucal como a la regeneración de otros tejidos. Los tratamientos mediante trasplante con células de cordón actualmente se limitan a procesos hematológicos, aunque se prevé que en un futuro puedan llegar a ser una alternativa para ciertas afecciones de distinto origen.

Centrándonos en las células troncales dentales, en la cavidad bucal hay distintos tipos, pero las más importantes en cuanto a su potencial terapéutico son las DPSC, que se extraen de la pulpa dental, y las SHED, que son las que provienen de los dientes deciduos; ambas presentan buena capacidad de migración y se mantienen estables tras la crioconservación, pero las SHED muestran mayor tasa de proliferación. Tanto unas como otras pierden progresivamente el poder de multiplicarse y diferenciarse al ser sometidas a un largo periodo de expansión.

El papel de la Enfermería en este campo fundamentalmente se centra en la promoción de la salud, de acuerdo con la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC, y la participación en proyectos de investigación. Sería muy acertado que desde las consultas de Enfermería y por medio de programas educativos colectivos se hiciese llegar a la población parte de la información disponible. La intervención más efectiva sería durante las revisiones pediátricas, ya que habitualmente los dientes deciduos se desprenden de forma espontánea, sin que haya ningún profesional que informe a las familias de que si conservan la pieza adecuadamente se convertirá en una importante fuente de células troncales.

Conclusión:

Las células troncales se utilizan cada vez más en medicina regenerativa, ingeniería tisular y reemplazo celular.

- La pulpa dental se está alzando como una gran alternativa de obtención de células troncales con un potencial terapéutico muy prometedor.

- Las células troncales de pulpa dental presentan una serie de ventajas frente a las de cordón umbilical, y en España existe ya un banco privado de dientes.

- Es preciso seguir investigando.

- Enfermería debe tener un papel relevante en este campo, a través de la Educación Sanitaria y la investigación.

Bibliografía

1.- Bajaj P, Schweller RM, West JL, Bashir R. 3D Biofabrication Strategies for Tissue Engineering and Regenerative Medicine. *Annu Rev Biomed Eng* [Internet]. 2014;16:247–76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131759/pdf/nihms610477.pdf>

2.- Lidyce D, Leyva Q, Cira D, Ramentol CL, Sandra L, Torres F, et al. Stem cells: a revolution in regenerative medicine. *Medisan* [Internet]. 2017;21(5):574–81. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds175i.pdf>

3.- Sociedad Española Terapia Génica y Celular [Internet]. OFEC 2019. Introducción a la terapia génica y la terapia celular. Available from: <https://www.setgyc.es/informaci%C3%B3n-de-inter%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-la-terapia-g%C3%A9nica-y-la-terapia-celular.aspx>

4.- España Global [Internet]. 2012. Nace el primer banco privado de células madre adultas en España. Available from: <https://espanaglobal.gob.es/actualidad/sociedad/nace-el-primer-banco-privado-de-c%C3%A9lulas-madre-adultas-en-espa%C3%B1a>

5.- Baniebrahimi G, Khanmohammadi R, Mir F. Teeth-derived stem cells: A source for cell therapy. *J Cell Physiol* [Internet]. 2018;(May):1–10. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jcp.27270>

Capítulo 186

Terapia de Presión Negativa en fístulas linfáticas.

*San Felipe González, Clara
García Mateos, Elena
Santiago Blanco, Lorena*

Terapia de Presión Negativa en fístulas linfáticas

Autores: San Felipe-González, Clara; García-Mateos, Elena; Santiago-Blanco, Lorena.

Introducción

Hoy en día, la **Terapia de Presión Negativa (TPN)** o vacío, no sólo está indicada en el tratamiento de heridas agudas que deben cerrar por segunda intención, sino que esta pauta terapéutica es extensible a cualquier tipo de lesión que afecte a la solución de continuidad cutánea, como dehiscencias, fístulas, etc. Es un procedimiento terapéutico que acelera el proceso de cicatrización, englobándose en la técnica de cura "en ambiente húmedo" y controla el aumento de exudado, evitando con ello el riesgo de infección.

Las fístulas linfocutáneas son poco comunes, apareciendo como consecuencia de una intervención quirúrgica en zonas muy vascularizadas por vasos linfáticos. Su principal complicación es la linforrea persistente y las infecciones en el lecho de la herida, llegando a ocurrir en un 57% de los casos.



Imagen 1. Fuente propia.

Objetivos



Presentar una actualización sobre la utilización de la TPN en pacientes con fístulas linfáticas.

Resultados

Los artículos seleccionados destacan los beneficios del uso de la TPN en fístulas linfocutáneas para reducir la contaminación bacteriana del lecho de la herida hasta $<10^4$ organismos por gramo de tejido en 4 a 5 días.

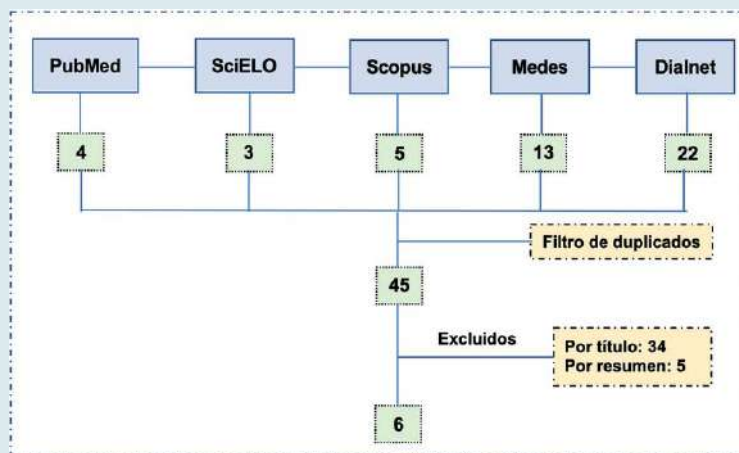
Por otro lado, el uso de la TPN favorece la vascularización, facilitando la llegada de glóbulos blancos al foco de infección de la herida y la estimulación del crecimiento de tejido de granulación alrededor del conducto linfático, provocando el sellado del mismo. Asimismo, mejora el suministro de oxígeno y nutrientes.

Material y métodos

Búsqueda y revisión bibliográfica de información

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

- Bibliografía: 2012 → 2022.
- Lengua → castellana e inglesa.
- Palabras clave → DeCS y MeSH.
- Operador booleano → AND.



Conclusiones

- El uso de la terapia aspirativa en el tratamiento de fístulas linfáticas se presenta como un tratamiento poco agresivo, eficaz, rápido y accesible.
- La utilización de la terapia de presión negativa se asocia a un menor número de complicaciones, como la formación de linfoceles (20% vs. 62%), la linforrea persistente (7 vs. 45%) o el linfedema de la extremidad (0 vs. 46%).
- Se reduce el tiempo de cierre en este tipo de heridas en comparación con la aplicación de los cuidados convencionales y sin la morbilidad de un procedimiento quirúrgico.
- Permite su aplicación a nivel ambulatorio, mejorando la calidad de vida de vida del paciente a corto plazo y favoreciendo su seguimiento desde Atención Primaria.

1. Basés Valenzuela C, Bruna Esteban B, Puche Pla J. Terapia con presión negativa para el tratamiento de fístula linfática inguinal. CIR ESP. 2014;92(2):127-41.
2. Babak Abai M, Robert W, Peter J, Pappas M, Brajesh K. Lymphorrhea responds to negative pressure wound therapy. J Vascular Surgery. 2007;45(2):610-3.
3. Alfonso Borrás O, Alfonso Borrás B. Cierre de heridas y fístulas con "sistema de presión negativa tipo Colombia". Rev Colomb. 2009;24:226-43.
4. Palomar Llátas F, Fornes B, Muñoz Manéz V, Lucha Fernández V. Aplicación de la Terapia de Presión Negativa. Procedimiento y Caso Clínico. Enfermería dermatológica. 2007;(2).
5. Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana. 2012;37(1):65-71.

Resumen: *El uso de la Terapia de Presión Negativa (TPN) se presenta como un tratamiento poco agresivo, eficaz, rápido y accesible aplicándola en heridas con fístulas linfáticas.*

El objetivo de este trabajo es presentar una actualización sobre la utilización de la TPN en pacientes con este tipo de complicaciones.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica más actual en diferentes bases de datos. Los 6 estudios seleccionados destacan los beneficios del uso de la TPN en fístulas linfocutáneas para reducir la contaminación del lecho de la herida y favorecer el sellado del conducto linfático.

Palabras Clave: *Fístula Cutánea / Vasos linfáticos / Cuidados de enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Hoy en día, la Terapia de Presión Negativa (TPN) o vacío, no sólo está indicada en el tratamiento de heridas agudas que deben cerrar por segunda intención, sino que esta pauta terapéutica es extensible a cualquier tipo de lesión que afecte a la solución de continuidad cutánea, como dehiscencias, fístulas, etc. Es un procedimiento terapéutico que acelera el proceso de cicatrización, englobándose en la técnica de cura en “ambiente húmedo” y controla el aumento de exudado, evitando con ello el riesgo de infección.

Las fístulas linfocutáneas son poco comunes, apareciendo como consecuencia de una intervención quirúrgica en zonas muy vascularizadas por vasos linfáticos. Su principal complicación es la linforrea persistente y las infecciones en el lecho de la herida, llegando a ocurrir en un 57% de los casos.

Objetivos:

Presentar una actualización sobre la utilización de la TPN en pacientes con fístulas linfáticas.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente y más actual sobre el uso de la TPN en pacientes que sufren fístulas linfocutáneas.

En la estrategia de búsqueda, se consultaron las bases de datos PubMed, SicELO, Scopus, Medes y Dialnet, incluyendo todos los artículos de acceso libre publicados en los últimos diez años, tanto en lengua castellana e inglesa. Al mismo tiempo, se hicieron uso de las palabras clave, utilizando los términos DeCS y MeSH, además del operador booleano AND.

En total se encontraron 45 artículos, de los cuales, tras una lectura del título, del resumen y desechar los duplicados, así como aquellos artículos que no eran relevantes para el objetivo de esta revisión, se seleccionaron un total de 6 artículos.

Resultados:

Los artículos seleccionados destacan los beneficios del uso de la TPN en fístulas linfocutáneas para reducir la contaminación bacteriana del lecho de la herida hasta $<10^5$ organismos por gramo de tejido en 4 a 5 días.

Por otro lado, el uso de la TPN favorece la vascularización, facilitando la llegada de glóbulos blancos al foco de infección de la herida y la estimulación del crecimiento de tejido de granulación alrededor del conducto linfático, provocando el sellado del mismo. Asimismo, mejora el suministro de oxígeno y nutrientes.

Conclusión:

El uso de la terapia aspirativa en el tratamiento de fístulas linfáticas se presenta como un tratamiento poco agresivo, eficaz, rápido y accesible. Su utilización se asocia a un menor número de complicaciones, como la formación de linfoceles (20% vs. 62%), la linforrea persistente (7 vs. 45%) o el linfedema de la extremidad (0 vs. 46%).

Por otro lado, se reduce el tiempo de cierre en este tipo de heridas en comparación con la aplicación de los cuidados convencionales y sin la morbilidad de un procedimiento quirúrgico. Igualmente, permite su aplicación a nivel ambulatorio, mejorando la calidad de vida de vida del paciente a corto plazo y favoreciendo su seguimiento desde Atención Primaria.

Bibliografía

- 1.- Basés Valenzuela C, Bruna Esteban B, Puche Pla J. Terapia con presión negativa para el tratamiento de fístula linfática inguinal. CIR ESP. 2014;92(2):127-41.
- 2.- Babak Abai M, Robert W, Peter J, Pappas, M, Brajesh K. Lymphorrhea responds to negative pressure wound therapy. J Vascular Surgery. 2007;45(3):610-3.
- 3.- Alfonso Borrás O, Alfonso Borrás B. Cierre de heridas y fístulas con "sistema de presión negativa tipo Colombia". Rev Colomb. 2009;24:236-43.
- 4.- Palomar Llatas F, Fornes B, Muñoz Manéz V, Lucha Fernandez V. Aplicación de la Terapia de Presión Negativa. Procedimiento y Caso Clínico. Enfermería dermatológica. 2007;(2).
- 5.- Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). Cirugía Plástica ibero-latinoamericana. 2012;37(1):65-71.

Capítulo 187

Tetralogía de Fallot

*Sánchez-Izquierdo Castellanos, Sonia
Olmo Trujillo, Coral*

- TETRALOGÍA DE FALLOT -

Sánchez-Izquierdo Castellanos, S., Olmo Trujillo, C.

INTRODUCCIÓN

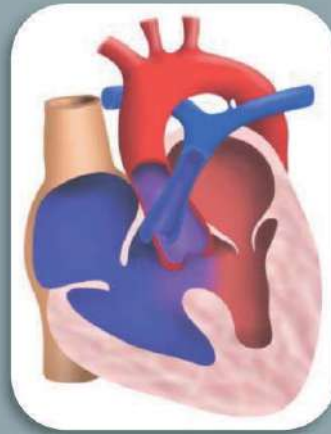
La tetralogía de Fallot (TF) es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente tras el primer año de vida, representando el 10% de los defectos cardíacos congénitos. Posee una mortalidad del 25-30% durante la gestación y periodo postnatal.

Se caracteriza por presentar 4 defectos anatómicos (tetralogía) en el corazón: estenosis infundibular de la arteria pulmonar, cabalgamiento aórtico, comunicación interventricular (CIV) e hipertrofia ventricular derecha. Además de estas cuatro características propias de la TF, existen otras alteraciones que se asocian a esta cardiopatía con una frecuencia variable.

El diagnóstico temprano y tratamiento son esenciales para minimizar al máximo posible la aparición de complicaciones.

OBJETIVOS

- Identificar las características principales de la tetralogía de Fallot.
- Fomentar la visibilidad de esta cardiopatía en el personal de enfermería.



MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que fueron utilizadas las bases de datos Pubmed, Cochrane, Dialnet y Scielo. Tras la realización de una lectura crítica, se seleccionaron los artículos más adecuados y con información más completa.

Castellano ha sido el idioma empleado para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVE: “Tetralogía de Fallot”, “Cardiopatías Congénitas”, “Corazón”.

RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO

- Infección viral presente en la madre durante la gestación, como por ejemplo la rubéola.
- Abuso de alcohol, ciertas drogas y desnutrición durante el embarazo.
- Trastornos metabólicos maternos, como diabetes mellitus.
- Antecedentes paternos de tetralogía de Fallot.
- Gestantes de más de 40 años.
- Pacientes que presenten fenilcetonuria.

CLÍNICA

- Cianosis, es el signo clínico más característico.
- Acropaquias.
- Retardo del crecimiento.
- Crisis hipóxicas.

DIAGNÓSTICO

A la exploración física, el neonato o lactante presenta coloración azulada. Como exploraciones complementarias son útiles:

- Radiografía de tórax: dilatación de las cavidades derechas (corazón en zueco) e hipoaflujo pulmonar.
- Electrocardiograma: signos de hipertrofia del ventrículo derecho y desviación del eje cardíaco a la derecha.

El diagnóstico definitivo se alcanza mediante una ecocardiografía. El diagnóstico de la TF suele ser prenatal en un control rutinario de ultrasonidos realizado durante el embarazo.

Tras el nacimiento se repite la ecocardiografía para evaluar adecuadamente las características de esta cardiopatía y la presencia de anomalías asociadas.

El cateterismo cardíaco, la resonancia magnética o la tomografía computarizada se emplearán en los casos en los que existan dudas tras la realización de la ecocardiografía.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la TF es quirúrgico.

Consiste en la corrección anatómica, realizada de manera estándar mediante esternotomía media y con circulación extracorpórea. Se cierra la CIV con un parche y se desobstruye el tracto de salida del ventrículo derecho.

CONCLUSIONES

La TF es la cardiopatía cianógena más común. La detección temprana y tratamiento son esenciales para reducir posibles complicaciones. Requiere reparación quirúrgica idealmente entre los 3 y los 6 meses de edad, ya que la supervivencia a corto y largo plazo es excelente.

Resumen: Las cardiopatías congénitas se hallan entre las malformaciones congénitas más usuales; provocando un gran impacto en la morbimortalidad pediátrica.

Entre ellas, la tetralogía de Fallot (TF) es la cardiopatía cianógena más habitual.

El objetivo es dar a conocer esta enfermedad mediante una revisión bibliográfica de los aspectos más importantes y, así, fomentar su visibilidad en el personal de enfermería.

Palabras Clave: Tetralogía de Fallot, Cardiopatías Congénitas, Corazón.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La tetralogía de Fallot (TF) es la cardiopatía congénita cianótica más frecuente tras el primer año de vida, representando el 10% de los defectos cardíacos congénitos.

Posee una mortalidad del 25-30% durante la gestación y periodo postnatal.

Se caracteriza por presentar 4 defectos anatómicos (tetralogía) en el corazón: estenosis infundibular de la arteria pulmonar, cabalgamiento aórtico, comunicación interventricular (CIV) e hipertrofia ventricular derecha.

Además de estas cuatro características propias de la TF, existen otras alteraciones que se asocian a esta cardiopatía con una frecuencia variable.

El diagnóstico temprano y tratamiento son esenciales para minimizar al máximo posible la aparición de complicaciones.

Objetivos:

- Identificar las características principales de la tetralogía de Fallot.
- Fomentar la visibilidad de esta cardiopatía en el personal de enfermería.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la que fueron utilizadas las bases de datos Pubmed, Cochrane, Dialnet y Scielo. Tras la realización de una lectura crítica, se seleccionaron los artículos más adecuados y con información más completa.

Castellano ha sido el idioma empleado para consultar en las bases de datos.

PALABRAS CLAVE: "Tetralogía de Fallot", "Cardiopatías Congénitas", "Corazón".

Resultados:

Factores de riesgo:

- Infección viral presente en la madre durante la gestación, como por ejemplo la rubéola.
- Abuso de alcohol, ciertas drogas y desnutrición durante el embarazo.

- Trastornos metabólicos maternos, como diabetes mellitus.
- Antecedentes paternos de tetralogía de Fallot.
- Gestantes de más de 40 años.
- Pacientes que presenten fenilcetonuria.

Clínica:

- Cianosis, es el signo clínico más característico.
- Acropaquias.
- Retardo del crecimiento.
- Crisis hipóxicas.

Diagnóstico:

A la exploración física, el neonato o lactante presenta coloración azulada.

Como exploraciones complementarias son útiles:

- Radiografía de tórax: muestra una silueta cardiaca con dilatación de las cavidades derechas (corazón en zueco) e hipoaflujo pulmonar.
- Electrocardiograma: con signos de hipertrofia del ventrículo derecho y desviación del eje cardiaco a la derecha.

El diagnóstico definitivo se alcanza mediante una ecocardiografía.

El diagnóstico de la TF suele ser prenatal en un control rutinario de ultrasonidos realizado durante el embarazo.

Tras el nacimiento se repite la ecocardiografía para evaluar adecuadamente las características de esta cardiopatía y la presencia de anomalías asociadas.

El cateterismo cardiaco, la resonancia magnética o la tomografía computarizada se emplearán en los casos en los que existan dudas tras la realización de la ecocardiografía.

Tratamiento:

El tratamiento de la TF es quirúrgico.

Consiste en la corrección anatómica, realizada de manera estándar mediante esternotomía media y con circulación extracorpórea. Se cierra la CIV con un parche y se desobstruye el tracto de salida del ventrículo derecho.

Conclusión:

La TF es la cardiopatía cianógena más común.

La detección temprana y tratamiento son esenciales para reducir posibles complicaciones.

Requiere reparación quirúrgica idealmente entre los 3 y los 6 meses de edad, ya que la supervivencia a corto y largo plazo es excelente.

Bibliografía

1.- Torres, A. C. M., & Duarte, M. H. Tetralogía de Fallot: diagnóstico, cirugía correctiva y manejo postoperatorio en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos Pediátricos, presentación de caso clínico y revisión bibliográfica. *Ciencia Digital*, 2019;3(1), 35-53.

2.- De Medeiros Araújo, J. N., de Lima Gómez, A. T., Costa, R. A., de Lima Fernandes, A. P. N., Santos, V. E. P., & Vitor, A. F. Proceso de enfermería aplicado al paciente con tetralogía de Fallot. *Cultura de los cuidados*, 2017;(47), 165-174.

3.- Baquerizo Cabrera, M., Padilla Mendieta, J. C., Robles Peralta, S. K., & Briones Moreira, F. N. Análisis de incidencia de la tetralogía de Fallot en el hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2017. *RECIAMUC*, 2021;5(1), 148-155.

Capítulo 188

Transfusiones Sanguíneas en Tiempos de Pandemia

*Fernández González, Cristina
Rodríguez Rubio; Ana Adriana
Santamaría Castro; María Isabel*

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

SATSE

Complejo Asistencial Universitario de León

Autoras: Fernández González; Cristina, Rodríguez Rubio; Ana Adriana, Santamaría Castro; María Isabel .

INTRODUCCIÓN

La transfusión sanguínea de extrema urgencia trata de mejorar la entrega de oxígeno a los tejidos, proporcionar expansión de volumen intravascular y reponer los factores de coagulación para evitar el shock hipovolémico que puede desencadenar la pérdida de sangre.

- El objetivo del estudio es conocer a quien van dirigidas las transfusiones de carácter más urgentes en el Complejo Asistencial de León (CAULE).
- También analizamos si existen diferencias entre las peticiones de extrema urgencia del año 2019 pre-pandemia por SARS-Cov2 y el año 2020 durante la pandemia.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los años 2019 y 2020 de las peticiones emergentes de hematíes solicitadas al Servicio de Transfusión del Caule.

DATOS

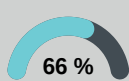
EDAD
SEXO
SERVICIO SOLICITANTE
HEMOGLOBINA
DIAGNÓSTICO

RESULTADOS

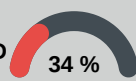
AÑO 2019



Solicitan 65 CH 0 Negativo



HOMBRES DE MEDIA DE EDAD 63 AÑOS

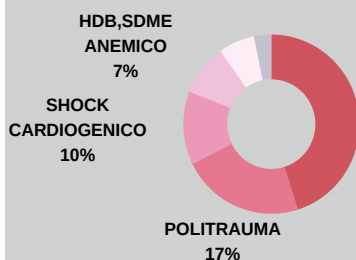


MUJERES DE MEDIA DE EDAD 71 AÑOS

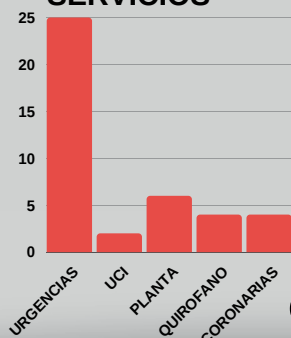


El valor medio de hemoglobina 9,10 gr/dl

DIAGNÓSTICOS



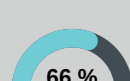
SERVICIOS



AÑO 2020



Solicitan 68 CH 0 Negativo



HOMBRES DE MEDIA DE EDAD 65 AÑOS

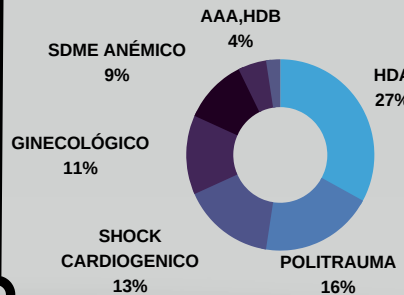


MUJERES DE MEDIA DE EDAD 58 AÑOS

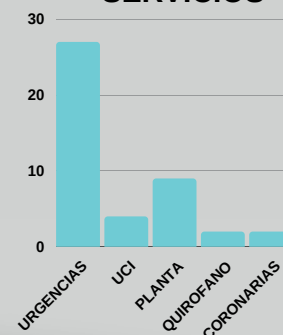


El valor medio de hemoglobina 8,93 gr/dl

DIAGNÓSTICOS



SERVICIOS



CONCLUSIONES

- Se solicitan más peticiones emergentes en hombres que en mujeres y el diagnóstico más frecuente es el de HDA, comprobamos que es un diagnóstico que ocurre en el 63% de los casos en los varones frente al 37% en mujeres.
- El servicio más solicitante es urgencias y con un valor medio de hemoglobina alto, eso es debido a que el estado del paciente es más inestable.
- Dada la insignificante diferencia en los datos de ambos años, vemos que la pandemia no interfiere y esto se debe a que el diagnóstico más frecuente es el de HDA que sigue estando presente en la población aunque la actividad social y laboral se vea reducida.

Resumen: *Estudiamos a quien van dirigidas las transfusiones de carácter más urgentes en nuestro hospital.*

Analizamos mediante estudio descriptivo retrospectivo, si existen diferencias de dichas peticiones del año 2019 pre-pandemia por SARS-Cov2 y el año 2020.

Como resultados vemos como se solicitan más peticiones emergentes para hombres que mujeres, y mayor diagnóstico de hemorragia digestiva aguda.

El servicio más solicitante es urgencias y con un valor medio de hemoglobina más alto del normal.

Existe mínima diferencia entre años, se debe a que el diagnóstico más frecuente es la HDA que sigue presente en la población aunque la actividad social esté reducida

Palabras Clave: *Transfusión, Sangre, Pandemia.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La transfusión sanguínea de extrema urgencia trata de mejorar la entrega de oxígeno a los tejidos, proporcionar expansión de volumen intravascular y reponer los factores de coagulación para evitar el shock hipovolémico que puede desencadenar la pérdida de sangre.

El objetivo del estudio es conocer a quien van dirigidas las transfusiones de carácter más urgentes en el Complejo Asistencial de León (CAULE).

También analizamos si existen diferencias entre las peticiones de extrema urgencia del año 2019 pre-pandemia por SARS-Cov2 y el año 2020 durante la pandemia.

Metodología:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los años 2019 y 2020 de las peticiones emergentes solicitadas al Servicio de Transfusión del CAULE.

Recogemos datos demográficos de los pacientes: edad, sexo, diagnóstico, servicio solicitante de la transfusión, valor de hemoglobina previa y número de concentrados transfundidos en esas condiciones.

Resultados:

En el año 2019 registramos:

42 peticiones de las cuales 28 son hombres con edad media de 63 años y 14 son mujeres con edad media de 71 años.

Los diagnósticos registrados fueron de hemorragia digestiva alta (HDA) en un 34,15%, politraumatismo un 17,07%, shock cardiogénico un 9,76%, rectorragia y síndrome anémico en un 7,32%, ginecológico y cirugía general un 4,88% y con un 2,44% por aneurisma de aorta, cirugía de

otorrino, traumatismo craneoencefálico, fallo hepático y neo epidermoide.

El promedio de hemoglobina previa es de 9,63 gr/dl (17,1 gr/dl - 3,8 gr/dl).

El servicio más solicitante es Urgencias con un 61,90%.

Se han solicitado 66 concentrados.

En el año 2020 registramos:

44 peticiones siendo 29 hombres con edad media de 65 años y 15 mujeres con edad media de 58 años.

Los diagnósticos registrados fueron de hemorragia digestiva alta en un 27,27%, politraumatismo un 15,91%, shock cardiogénico en un 13,66 %, ginecológico con un 11,36% síndrome anémico en un 9,09 %, un 4,55 % fue por rectorragia y aneurisma de aorta y con un 2,27% diagnóstico oncológico, agresión por arma y cirugía general, prematuridad, hemorragia vascular.

El promedio de hemoglobina previa es de 9,02 gr/dl (18.3 gr/dl - 4,5 gr/dl).

El servicio más solicitante es Urgencias con un 61,36%.

Se han solicitado 68 concentrados.

Conclusiones y discusión:

- Se solicitan más peticiones emergentes en hombres que en mujeres y el diagnóstico más frecuente es el de HDA. Comprobamos en estudios bibliográficos que es un diagnóstico que ocurre en el 63% de los casos en los varones frente al 37% en mujeres.

- El servicio más solicitante es urgencias y con un valor medio de hemoglobina más alto que el dintel considerado para esa situación de anemia a tratar, eso es debido a que el estado del paciente es más inestable.

- Existe poca diferencia del estudio realizado en el 2019 con el del 2020. El estado de pandemia no ha cambiado los datos y esto se debe a que el diagnóstico más frecuente es el de HDA que sigue estando presente en la población aunque la actividad social y laboral se vea reducida.

Bibliografía

1.-<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-guia-sobre-transfusion-componentes-sanguineos>.

2.- Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos de la SETS.2015.5ª Edición.

3.- Proyecto de investigación. Transfusión de concentrado de Hematíes. La extrema Urgencia. Difusión Avances de Enfermería. ISBN: 978-84-18423-23-9.Año 2020.

4.-https://www.acponline.org/clinical-information/clinical-resources-products/coronavirus-disease-2019-covid-19-information-for-internists?utm_source=annals.org&utm_medium=mktg-house-banner&utm_campaign=MD9286-lb&utm_term=covid-19.

5.-<https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/coronavirus-alert>.

Capítulo 189

Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo

*Laderas Díaz, Estíbaliz
Talavera García, Irene*

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL EMBARAZO

Autores: Laderas Díaz, Estíbaliz. Talavera García, Irene.

SATSE

INTRODUCCIÓN



- El embarazo puede ser un período especialmente estresante para las mujeres, debido a los cambios en la imagen corporal y a la ansiedad desencadenada por la sensación de pérdida de control sobre su peso. Esto puede afectar tanto a mujeres con o sin TCA (Trastorno de la conducta alimentaria).

Por ello, el embarazo puede ser un factor de riesgo para el inicio o reactivación de un TCA.

OBJETIVO



- Conseguir una mayor concienciación sobre los trastornos alimentarios en el embarazo.
- Comprender el impacto que puede tener un TCA en una mujer embarazada y su hijo.

MATERIAL Y MÉTODO



- Se ha realizado una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas dedicadas a la Psicología y la Obstetricia en su mayoría. También se han consultado estudios científicos, páginas gubernamentales, guías, libros y protocolos. Algunas de las bases de datos utilizadas han sido: PubMed, UpToDate o World Wide Science.



RESULTADOS



- Amenorrea en TCA + Conductas purgativas en tomas de anticonceptivos → Embarazos no deseados por creencia errónea de que no puede concebir.
- Consecuencias TCA en embarazo para la gestante:
 - Ansiedad, depresión
 - Anemia
 - Hiperémesis gravídica
 - Dificultades lactancia materna
 - Problemas cicatrización de episiotomía o desgarro
- Consecuencias fetales:
 - Pequeño para edad gestacional
 - Crecimiento intrauterino retardado
 - Mayor riesgo de abortos y parto prematuro.
 - Muerte fetal.

CONCLUSIÓN



Las implicaciones psíquicas y físicas que tienen los TCA en las mujeres embarazadas y en su descendencia, hacen necesario la asignación de recursos para la detección precoz y el manejo de estas pacientes a través de un enfoque multidisciplinario.



Resumen: El embarazo puede ser un riesgo para el inicio o reactivación de un trastorno alimentario debido a los cambios corporales y a la sensación de falta de control sobre el peso que ocurren en esta etapa. Una adecuada nutrición durante el embarazo es crucial tanto para el desarrollo fetal como para la salud materna, por ello cobra especial importancia la asignación de recursos para una detección precoz y un abordaje de estas pacientes de forma multidisciplinar.

Palabras Clave: Trastorno Alimentario, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Embarazo

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El embarazo puede ser un período especialmente estresante para las mujeres, debido a los cambios en la imagen corporal y a la ansiedad desencadenada por la sensación de pérdida de control sobre su peso. Esto puede afectar tanto a mujeres con o sin TCA (Trastorno de la conducta alimentaria).

Por ello, el embarazo puede ser un factor de riesgo para el inicio o reactivación de un TCA.

Objetivos:

- Conseguir una mayor concienciación sobre los trastornos alimentarios en el embarazo.
- Comprender el impacto que puede tener un TCA en una mujer embarazada y su hijo.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas dedicadas a la Psicología y la Obstetricia en su mayoría. También se han consultado estudios científicos, páginas gubernamentales, guías, libros y protocolos. Algunas de las bases de datos utilizadas han sido: PubMed, UpToDate o World Wide Science.

Resultados:

- En mujeres con TCA, alteraciones menstruales como la amenorrea o la oligomenorrea pueden ser habituales, debido a esto existe la creencia errónea de que la mujer con TCA no puede concebir, lo cual puede llevar a embarazos no planificados con mayor frecuencia que la población general. Además, la asociación con conductas purgativas (vómitos) por parte de quienes padecen un TCA puede llevar a una mala eficacia de los anticonceptivos orales.

- Durante el embarazo no hay un comportamiento uniforme en mujeres con TCA. Para algunas de ellas la preocupación por la salud de su hijo puede motivarlas al cese completo de sus conductas alimentarias anormales, con una recuperación durante el embarazo. Pero en otras gestantes su TCA se mantiene igual o incluso empeora.

- Una nutrición y una ganancia de peso adecuada durante el embarazo es crucial para el desarrollo fetal y la salud materna. Embarazadas con un TCA tienen mayores complicaciones durante el embarazo, parto y resultados perinatales adversos. Respecto a los problemas maternos existe mayor prevalencia de malestar psicológico, ansiedad, depresión materna, anemia, hiperémesis gravídica, problemas con la reparación de la episiotomía o desgarro vaginal y mayores dificultades con la lactancia materna. En cuanto a problemas asociados al feto, existe mayor riesgo de abortos, de recién nacidos pequeños para la edad gestacional, de restricción de crecimiento uterino, parto prematuro, microcefalia, hipertensión durante el embarazo, diabetes gestacional e incluso muerte fetal.

Conclusiones:

Las implicancias clínicas y fisiológicas que tienen los TCA en las mujeres embarazadas y en su descendencia, hacen necesario la asignación de recursos para la detección precoz y el manejo de estas pacientes a través de un enfoque multidisciplinario que incluya obstetras, matronas, psicólogos y psiquiatras, nutricionistas y nutriólogos, entre otros profesionales de la salud.

Los TCA son un grupo de enfermedades de alta prevalencia en mujeres en edad fértil. Los datos revisados permiten hipotetizar que existe un subdiagnóstico de éstos en el embarazo y dados los riesgos y consecuencias negativas que éstos conllevan, tanto en la salud y el funcionamiento psicosocial de la madre como en la de su descendencia que tiene el no diagnóstico de los TCA, se torna especialmente relevante generar espacios de capacitación y actualización a los profesionales que trabajan con mujeres embarazadas para diagnosticar estos casos a tiempo y derivarlos a un tratamiento especializado.

Existen escasos estudios sobre la relación entre los TCA y el embarazo.

Bibliografía

- 1.- Mackenna MJ, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Cruzat C. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 25 de mayo de 2022];32(2):207–13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-el-embarazo-S0716864021000213>
2. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg C, et al. Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Nor Epidemiol [Internet]. 2014 [citado el 25 de mayo de 2022];24(1–2):51–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27110061/>
3. Mason Z, Cooper M, Turner H. The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: An interpretive phenomenological analysis. J Behav Addict [Internet]. 2012 [citado el 25 de mayo de 2022];1(2):59–67. Disponible en: <https://akjournals.com/view/journals/2006/1/2/article-p59.xml>

Capítulo 190

Trastornos de la excreción

*Gómez Guío, Carmen
Rico Águila, Carmen María*

TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN

Carmen Gómez Guío, Carmen María Rico Águila.

Introducción

La excreción es un proceso fisiológico que permite al organismo expulsar sustancias inútiles para el organismo, pudiendo llegar a ser tóxicas. Estos trastornos se pueden clasificar en enuresis (incapacidad para el control de la emisión de orina) y encopresis (incapacidad para el control de la eliminación de heces) .

Estas patologías tienen una alta prevalencia en niños y conforme aumenta la edad van disminuyendo. Se estima que existen más de 500.000 personas con enuresis nocturna.

Objetivos

- Conocer la etiopatogenia de estas enfermedades.
- - Describir el uso de tratamientos para estos trastornos.

Metodología

Se realizó la búsqueda bibliográfica en Pub-Med y en manuales de psiquiatría. Se utilizaron referencias en castellano e inglés.

Resultados

Según los artículos analizados, respecto a las intervenciones conductuales para su tratamiento destacar el DBT (dry bed training) que consiste en levantar al niño regularmente durante la noche y que realice entrenamiento de aseo (cambiar la ropa de cama).

Otro tratamiento con una alta eficacia son las alarmas de enuresis, que son dispositivos con un sensor de humedad y que en contacto con el niño emite una fuerte señal. Pretende despertar al niño en el momento del escape y que gradualmente aprenda a reconocer el vaciamiento de la vejiga y se levante al baño.

Es fundamental informar a las familias y explicarle al niño que existen otros niños que también les ocurre esto. No se debe adoptar actitudes castigadoras.



Conclusiones

Este tipo de patologías en niños, pueden llegar a interferir en la vida diaria del paciente y de las familias, por tanto es fundamental el control de los síntomas y las intervenciones conductuales.

Resumen: Los trastornos de la excreción (enuresis y encopresis), afectan a un gran número de personas entre la mayoría niños y niñas, por tanto uno de los objetivos de este trabajo es dar a la conocer estas patologías y los tratamientos útiles para tratarlas. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, como por ejemplo PubMed y se consultaron diferentes manuales de psiquiatría. Como resultados destacar el uso de intervenciones conductuales y control de los síntomas sin juzgar ni castigar al paciente. Es fundamental la educación sanitaria a los familiares para mejorar la calidad de vida de estos.

Palabras Clave: Enuresis, Encopresis, Excreción

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La excreción es un proceso fisiológico que permite al organismo expulsar las sustancias que no tienen utilidad ninguna y que llegan a ser tóxicas para el cuerpo. Es un proceso fisiológico que presentan los seres humanos. Existen trastornos de la excreción donde se ve afectada la función excretora. Suelen ser diagnosticados durante la infancia y a medida que aumenta la edad van disminuyendo. Es fundamental la edad cronológica y la edad del desarrollo del paciente. Fundamentalmente destacan la enuresis (incapacidad para el control de orina) y encopresis (incapacidad para el control de las heces). El DSM V realiza diferentes clasificaciones de ambos trastornos, pero los principales es que pueden ser diurnos, nocturnos y mixtos y voluntarios o involuntarios.

Objetivos:

- Conocer la etiopatogenia de los trastornos de excreción.
- Describir el uso de tratamientos para los trastornos de la excreción

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pub-Med y en manuales de psiquiatría. Se utilizan referencias en castellano e inglés.

Resultados:

La enuresis tiene una prevalencia de entre el 5-10% en los niños de 5 años de edad y del 1% en niños de más de 15 años de edad. La enuresis nocturna es más común en niños con una prevalencia 1,5-2 veces mayor que en niñas. Mientras que la enuresis diurna es más frecuente en niñas. Se estima que en España existan alrededor de 500.000 casos de personas con enuresis nocturna. Entre los factores de riesgo más importantes cabe destacar los factores ambientales (estrés psicosocial o retraso en el aprendizaje para ir al baño) o factores genéticos.

En relación a la encopresis, alrededor del 1% de los niños de 5 años, la padece. Es más frecuente en niños que en niñas y menos frecuente que la enuresis. Según los estudios, entre los factores

predisponentes, destacar el estrés psicológico por ejemplo al iniciar el colegio o el nacimiento de un hermano. Y como factores de riesgo, una defecación dolorosa o la toma de ciertos medicamentos como anticonvulsivantes, pueden aumentar el riesgo de sufrir estreñimiento y por tanto favorecer a la encopresis.

Respecto al tratamiento de estas patologías, una de las intervenciones conductuales más importantes sería el Dry Bed Training (DBT) que consiste en un entrenamiento de levantar al niño en varias ocasiones durante la noche y realizar entrenamiento de aseo, como cambiar la ropa de cama o el pijama. Con esta técnica el niño asocia el llenado de la vejiga con tener que levantarse al baño y aumentar progresivamente el tiempo entre las micciones.

Las alarmas de enuresis, según los estudios sería eficaz en el 60-70% de los casos aunque se debe prestar atención suficiente por el riesgo de recaídas. Es un sensor que detecta la humedad al estar en contacto con el niño y emite una fuerte señal que hace que el niño se despierte. Pretende despertarlo en el momento del escape y que aprenda a reconocer de forma gradual el vaciamiento de la vejiga con tener que levantarse al baño.

En el tratamiento de la encopresis es fundamental realizar intervenciones conductuales sencillas, con componentes educativos, conductuales y fisiológicos. Lo principal es tranquilizar al niño y explicarle que es un problema también sufren otras personas. También explicarles cómo funciona el mecanismo de la defecación siempre acorde a la edad del niño. La mayoría de los artículos consultados para esta revisión, hacen hincapié en no promover conductas castigadoras con los niños y promover actividades que fomenten la relación padres-hijo de forma más positiva.

Conclusiones:

Este tipo de trastornos en niños, pueden llegar a interferir en la vida diaria del paciente y de sus familias, y por tanto es fundamental el control de los síntomas y las intervenciones conductuales, así como la educación sanitaria a todos los niveles.

Bibliografía

- 1.- American psychiatric association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-5. 5o EDICIÓN: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA; 2013.
- 2.- Rodríguez Fernández Luis Miguel GMS. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna.2016.
- 3.- Rodríguez LM, Lapeña S. Enuresis nocturna.En: Nefrología Pediátrica. Eds: García Nieto V, Santos F y Rodríguez Iturbe B. Editorial Aula Médica Ediciones. Madrid, 2ª Edición, 2006.
- 4.- Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil. Encopresis. 2008.
- 5.- WHO, The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 1992.

Capítulo 191

Tratamiento conservador de la Coccigodinia en el ámbito de la fisioterapia: Revisión bibliográfica.

*Simón Sierra, Juan José
Cortés Pérez, Irene
Acosta López, Alexandra*

Tratamiento Conservador de la Coccigodinia en el Ámbito de la Fisioterapia: Revisión bibliográfica.

Simón Sierra JJ; Cortés Pérez I; Acosta López A.

SATSE

INTRODUCCIÓN

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1726 por Petit, pero Simpson le dio su primera descripción clínica en 1859. La coccigodinia hace referencia al dolor localizado en el cóccix, la parte más baja de la columna vertebral. Generalmente aparece este tipo de dolor tras un traumatismo directo en la zona. El dolor aumenta cuando se ejerce presión en la zona provocada esta por aumento de presión al sentarse el paciente o realizar algún tipo de actividad.

La prevalencia es de 4-5 veces más alta en mujeres que en hombres. Uno de los factores que se han escrito como predisponentes es la anatomía femenina del cóccix, porque tiene una localización más posterior y es más largo que el de los hombres. Se han llegado a describir como factores que predisponen a la aparición de este dolor, el estado de ánimo, variaciones anatómicas y fisiológicas

OBJETIVO

Describir los tratamientos conservadores desde la intervención fisioterapéutica que funcionan en el manejo de la coccigodinia.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Búsqueda realizada en Pubmed y Google scholar
Criterios de inclusión:

- 2000-2022
- Cualquier tipo de estudio que hable del tratamiento de coccigodinia
- Contener palabras clave: Treatment, physiotherapy y coccydynia.

RESULTADOS

-Adaptaciones ergonómicas.

-Vendaje de los glúteos, el entrenamiento postural y el uso de un anillo de goma.

-Si el dolor es desencadenado por un espasmo de los músculos del suelo pélvico. La terapia de masaje y manipulación intrarectal es la adecuada en la mayoría de los casos., normalmente se produce un espasmo en los músculos del suelo pélvico, los elevadores y el cóccigeo.

-El espasmo de ambas porciones del elevador produce tracción tanto hacia delante como hacia los lados del músculo cóccigeo. La contracción unilateral del músculo cóccigeo tira del cóccix hacia un lado y el dolor en la articulación sacrocóccigea, tiende a aumentar, lo que produce más espasmo. Thiele describió un masaje de los elevadores del ano a lo largo de las fibras en ambos lados para tratar este espasmo.

- Maigne analizo el masaje descrito por Thiele, y reveló que solo obtenía buenos resultados cuando la etiología del dolor era el espasmo muscular. Si la etiología provenia de la movilidad del cóccix la intervención adecuada es la movilización de este.

- Mennell por su parte, describió una técnica de manipulación manual en la que se sujeta el cóccix entre el pulgar y el índice, se inserta en el canal anal y se manipula.

- Maigne recomienda, que después de la manipulación, debemos mantener el cóccix en hiperextensión sujetando con el dedo índice la cara ventral del sacro inferior, mientras con la otra mano se ejerce una contrapresión sobre el sacro posterior.

- También describieron un tipo de manipulación para pacientes con extensión disminuida sacrocóccigea, mediante la cual se estiran el cóccigeo, el elevador del ano y el esfínter externo anal, manteniendo el coxis inmóvil con un dedo interno y otro externo.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que existen varias técnicas conservadora que se utilizan en fisioterapia para el manejo del dolor de la zona cóccigea, pero aquellas que demuestran efectividad en el manejo de esta patología, son aquellas dirigidas a trastornos etiológicos de la movilidad y el espasmo muscular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maigne JY, Doursounian L, Chatellier G. Causes and mechanisms of common coccydynia: role of body mass index and coccygeal trauma. *Spine* 2000; : 3,072-3,079.
2. Traycoff RB, Crayton H, Dodson R. Sacrococcygeal pain syndromes: diagnosis and treatment. 2010. PMID: 2678043.
3. Yasmin Elkhashab, Andrew Ng. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. 2018 Mar 19;22(4):28.

Resumen: *Introducción: La coccigodinia es un dolor localizado en la zona baja de la columna lumbar y parte alta de los glúteos. Objetivo: Este trabajo de investigación tiene por objeto dar a conocer los tratamientos efectivos de la mano de la fisioterapia en el manejo conservador de la coccigodinia. Material y Método: Se ha realizado una búsqueda en utilizando las bases de datos Pubmed y Google scholar, Resultados y Conclusión: Hemos observado que la masoterapia y la manipulación de la articulación han demostrado que se puede controlar este tipo de dolor cuando la etiología es muscular o por movilidad articular.*

Palabras Clave: *Tratamiento - Fisioterapia - Dolor*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1726 por Petit, pero Simpson le dio su primera descripción clínica en 1859. La coccigodinia hace referencia al dolor localizado en el cóccix, la parte más baja de la columna vertebral. Generalmente aparece este tipo de dolor tras un traumatismo directo en la zona. El dolor aumenta cuando se ejerce presión en la zona provocada esta por aumento de presión al sentarse el paciente o realizar algún tipo de actividad.

La prevalencia es de 4-5 veces más alta en mujeres que en hombres. Uno de los factores que se han escrito como predisponentes es la anatomía femenina del cóccix, porque tiene una localización más posterior y es más largo que el de los hombres. Se han llegado a describir como factores que predisponen a la aparición de este dolor, el estado de ánimo, variaciones anatómicas y fisiológicas

Objetivos:

- Describir los tratamientos conservadores desde la intervención fisioterapéutica que funcionan en el manejo de la coccigodinia.

Material y Método:

Búsqueda realizada en Pubmed y Google scholar.

Criterios de inclusión:

- 2000-2022
- Cualquier tipo de estudio que hable del tratamiento de coccigodinia
- Contener palabras clave: Treatment, physiotherapy y coccydynia

Resultados:

- Adaptaciones ergonómicas.
- Vendaje de los glúteos, el entrenamiento postural y el uso de un anillo de goma.

- Si el dolor es desencadenado por un espasmo de los músculos del suelo pélvico. La terapia de masaje y manipulación intrarectal es la adecuada en la mayoría de los casos., normalmente se produce un espasmo en los músculos del suelo pélvico, los elevadores y el cóccigeo.

-El espasmo de ambas porciones del elevador produce tracción tanto hacia delante como hacia los lados del músculo cóccigeo. La contracción unilateral del músculo cóccigeo tira del cóccix hacia un lado y el dolor en la articulación sacrocóccigea, tiende a aumentar, lo que produce más espasmo. Thiele describió un masaje de los elevadores del ano a lo largo de las fibras en ambos lados para tratar este espasmo.

- Maigne analizo el masaje descrito por Thiele, y reveló que solo obtenía buenos resultados cuando la etiología del dolor era el espasmo muscular. Si la etiología provenía de la movilidad del cóccix la intervención adecuada es la movilización de este.

- Mennell por su parte, describió una técnica de manipulación manual en la que se sujeta el cóccix entre el pulgar y el índice, se inserta en el canal anal y se manipula.

- Maigne recomienda, que después de la manipulación, debemos mantener el cóccix en hiperextensión sujetando con el dedo índice la cara ventral del sacro inferior, mientras con la otra mano se ejerce una contrapresión sobre el sacro posterior.

- También describieron un tipo de manipulación para pacientes con extensión disminuida sacrocóccigea , mediante la cual se estiran el cóccigeo, el elevador del ano y el esfínter externo anal, manteniendo el coxis inmóvil con un dedo interno y otro externo.

Conclusión:

Podemos concluir que existen varias técnicas conservadoras que se utilizan en fisioterapia para el manejo del dolor de la zona cóccigea, pero aquellas que demuestran efectividad en el manejo de esta patología, son aquellas dirigidas a trastornos etiológicos de la movilidad y el espasmo muscular.

Bibliografía

1. Maigne JY, Doursounian L, Chatellier G. Causes and mechanisms of common coccydynia: role of body mass index and coccygeal trauma. Spine 2000; 3,072–3,079.
2. Traycoff RB, Crayton H, Dodson R. Sacrococcygeal pain syndromes: diagnosis and treatment. 2010. PMID: 2678043.
3. Yasmin Elkhatab, Andrew Ng. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. 2018 Mar 19;22(4):28.

Capítulo 192

Tratamiento del dolor postoperatorio tras craneotomía

*Ortega Iniesta, Laura
Herrador Cordero-Sánchez, Sherezada
Hervás Díez, Raquel*

TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS CRANEOTOMÍA

Introducción

- La craneotomía es la operación quirúrgica elegida para tratar o diagnosticar diversas lesiones cerebrales.
- Durante muchos años el dolor postcraneotomía se ha infradiagnosticado pues el tejido neurológico del cerebro no tiene receptores del dolor. La mayor parte de los dolores tras craneotomía proceden de los nervios que irrigan el cuero cabelludo, el nervio trigémino y las ramas del plexo cervical.
- Existen dos tipos de tratamiento: farmacológico y no farmacológico.

Objetivos

- Conocer el tratamiento del dolor postoperatorio más relevante tras craneotomía, farmacológico y no farmacológico
- Identificar el papel de la enfermera en el dolor postcraneotomía

Material y Método

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, MEDLINE, Cochrane, CINAHL y ProQuest – Salud, siguiendo la estrategia de búsqueda: ("Craniotomy "[Mesh]) AND "Pain, Postoperative "[Mesh]) AND "Therapeutics "[Mesh]. Se fijaron criterios de selección y exclusión de artículos incluyendo ensayos clínicos, prospectivos, aleatorizados, doble ciego y con texto completo, y excluyendo estudios no aleatorizados y revisiones sistemáticas. Finalmente, se obtuvieron 9 artículos aptos para el estudio.

Resultados

Tratamiento farmacológico:

- Bloqueo de los nervios del cuero cabelludo con anestésicos locales: Se obtuvieron puntuaciones del dolor postoperatorias significativamente menores en las primeras 6 horas después de la cirugía, además de un menor consumo de morfina.
- Dexmetomidina: Los pacientes experimentaron menos dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, además de reducir el consumo de morfina y tramadol, y la incidencia de náuseas y vómitos.
- Tramadol: La combinación de tramadol con paracetamol y con narcóticos proporciona un mejor control del dolor postoperatorio tras craneotomía, sin causar efectos secundarios.

Tratamiento no farmacológico:

- Electroacupuntura: Durante las primeras 6 horas, la puntuación EVA* del grupo electroacupuntura fue mucho menor que la del grupo control ($p < 0.05$), precisando menos analgesia intravenosa.

*EVA: Escala Visual Analógica del dolor

Conclusiones

- Actualmente, el dolor en el postoperatorio tras craneotomía se trata con distintos opiáceos y analgésicos como el paracetamol. Se ha visto que medicamentos como la dexmedetomidina y el tramadol son eficaces para reducir el dolor. Además, la infiltración de anestésicos locales en los nervios del cuero cabelludo y la electroacupuntura, ambas técnicas combinadas con otros fármacos, ayudan a controlar el dolor en los pacientes operados de craneotomía.
- La enfermera reconoce los efectos secundarios que puedan aparecer, registra las puntuaciones con las distintas escalas para evaluar el dolor y realiza una gestión basada en la evidencia del dolor postcraneotomía.

Resumen: *Multitud de estudios han demostrado que los pacientes experimentan dolor moderado y severo en las primeras 24 horas tras craneotomía. La analgesia más utilizada para tratar el dolor postoperatorio consiste en opiáceos, inhibidores de la COX-2, paracetamol y nuevos medicamentos como la dexmedetomidina, además de la infiltración de anestésicos locales para conseguir un bloqueo de los nervios del cuero cabelludo. Como terapia alternativa, la más usada es la electroacupuntura, que combinada con analgésicos, se ha demostrado que reduce el dolor postoperatorio. El papel de la enfermera es fundamental para reducir y lograr un control del dolor.*

Palabras Clave: *Pain / Analgesia / Nurse*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La craneotomía es un procedimiento neuroquirúrgico que consiste en la retirada de parte del cráneo de forma temporal para permitir una actuación quirúrgica terapéutica en el espacio intracraneal, una vez finalizado el procedimiento se recoloca el fragmento óseo anteriormente retirado.

La craneotomía es la operación quirúrgica elegida para tratar o diagnosticar diversas lesiones cerebrales: traumáticas, tumorales, vasculares, inflamatorias.

Durante muchos años el dolor postcraneotomía se ha infradiagnosticado, pues el tejido neurológico del cerebro no tiene receptores del dolor. A día de hoy se sabe que más de la mitad de los pacientes sometidos a craneotomía padecen de dolor moderado a intenso tras la operación, y si no se trata de forma adecuada puede provocar complicaciones como hipertensión intracraneal y hemorragia postoperatoria, además del malestar de serie del paciente. La mayor parte de los dolores tras craneotomía proceden de los nervios que irrigan el cuero cabelludo, el nervio trigémino y las ramas del plexo cervical. A pesar de conocer últimos datos, el dolor postcraneotomía se sigue infradiagnosticando. Además, existe controversia sobre qué tratamiento es el que se debería usar en el postoperatorio tras craneotomía, debido a la falta de estudios de investigación que demuestren cuáles son los medicamentos más eficaces y al miedo a utilizar diversos fármacos por los posibles efectos secundarios que puedan ocasionar.

El dolor es una percepción muy subjetiva, para poder medirlo de forma objetiva es necesario el uso de distintas herramientas: escala visual analógica (EVA), escala de calificación verbal (VRS) y escala de calificación numérica.

Existen dos tipos de tratamiento:

- Tratamiento farmacológico: opioides, AINEs, paracetamol, anticonvulsivantes y anestésicos locales
- Tratamiento no farmacológico: electroacupuntura y crioterapia

Objetivos:

- Objetivo principal:

- Conocer el mejor tratamiento del dolor postoperatorio tras craneotomía

- Objetivos secundarios:

- Conocer el tratamiento farmacológico más relevante en el dolor postoperatorio tras craneotomía

- Conocer el tratamiento no farmacológico más relevante en el dolor postoperatorio tras craneotomía

- Identificar el papel de la enfermera en el tratamiento del dolor postcraneotomía

Material y Método:

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos PubMed, MEDLINE, Cochrane, CINAHL y ProQuest – Salud, siguiendo la estrategia de búsqueda: ("Craniotomy "[Mesh]) AND "Pain, Postoperative "[Mesh]) AND "Therapeutics "[Mesh]. Se fijaron criterios de selección y exclusión de artículos, incluyendo ensayos clínicos, prospectivos, aleatorizados, doble ciego y con texto completo, y excluyendo estudios no aleatorizados y revisiones sistemáticas. Finalmente, se obtuvieron 9 artículos aptos para el estudio.

Resultados:

- Tratamiento farmacológico:

- Bloqueo de los nervios del cuero cabelludo con anestésicos locales: Se obtuvieron puntuaciones del dolor postoperatorias significativamente menores en las primeras 6 horas después de la cirugía, además de un menor consumo de morfina.

- Dexmetomidina: Los pacientes experimentaron menos dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, además de reducir el consumo de morfina y tramadol, y la incidencia de náuseas y vómitos.

- Tramadol: La combinación de tramadol con paracetamol y con narcóticos proporciona un mejor control del dolor postoperatorio tras craneotomía, sin causar efectos secundarios.

Tratamiento no farmacológico:

- Electroacupuntura: Durante las primeras 6 horas, la puntuación EVA* del grupo electroacupuntura fue mucho menor que la del grupo control ($p < 0.05$), precisando menos analgesia intravenosa.

*EVA: *Escala Visual Analógica del dolor*

Conclusiones:

En conclusión, se ha demostrado que los pacientes sometidos a craneotomía padecen dolor moderado o severo en el postoperatorio, lo contrario a lo que se creía en la antigüedad.

Actualmente, el dolor en el postoperatorio tras craneotomía se trata con distintos opiáceos y analgésicos como el paracetamol. Se ha visto que medicamentos como la dexmedetomidina

y el tramadol son eficaces para reducir el dolor. Además, la infiltración de anestésicos locales en los nervios del cuero cabelludo y la electroacupuntura, ambas técnicas combinadas con otros fármacos, ayudan a controlar el dolor en los pacientes operados de craneotomía.

La enfermera cumple un papel fundamental a la hora de evaluar y controlar el dolor, pues reconoce los efectos secundarios que puedan aparecer, registra las puntuaciones con las distintas escalas para evaluar el dolor y realiza una gestión basada en la evidencia del dolor postcraneotomía.

Bibliografía

- 1.- González-Darder JM. Historia de la craneotomía. *Neurocirugía*. 2016 Sep;27(5):245–57.
- 2.- Mordhorst C, Latz B, Kerz T, Wisser G, Schmidt A, Schneider A, et al. Prospective Assessment of Postoperative Pain After Craniotomy. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2010 Jul;22(3):202–6.
- 3.- Song J, Ji Q, Sun Q, Gao T, Liu K, Li L. The Opioid-sparing Effect of Intraoperative Dexmedetomidine Infusion After Craniotomy. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2016 Jan;28(1):14–20.
- 4.- Liu X, Li S, Wang B, An L, Ren X, Wu H. Intraoperative and postoperative anaesthetic and analgesic effect of multipoint transcutaneous electrical acupuncture stimulation combined with sufentanil anaesthesia in patients undergoing supratentorial craniotomy. *Acupunct Med*. 2015 Aug;33(4):270–6.
- 5.- Rahimi SY, Alleyne CH, Vernier E, Witcher MR, Vender JR. Postoperative pain management with tramadol after craniotomy: evaluation and cost analysis. *J Neurosurg*. 2010;112(2):268–72.

Capítulo 193

Tratamientos no farmacológicos para el Insomnio en Residencias de Ancianos

*Díaz Cerro, María Isabel
Cano Pliego, Lorena
Nuñez Gutiérrez, M^a del Carmen*

AUTORAS: Díaz Cerro, María Isabel; Cano Pliego, Lorena; Nuñez Gutiérrez, M^a Carmen

INTRODUCCION

La población mayor de 65 años en España en el año 2021 suponía el 19,77%, porcentaje que seguirá aumentando hasta el 2050. Este envejecimiento conlleva el aumento de la prevalencia de los síndromes geriátricos, dentro de los cuales se encuentran los trastornos del sueño, que a su vez afectan a otros síndromes como son los accidentes y caídas, delirio, deterioro cognitivo... además de tener una repercusión importante tanto en el estado general de salud como en el sentimiento de bienestar y calidad de vida.

Las alteraciones del sueño en el envejecimiento se han asociado con una peor función cognitiva, el tiempo total de sueño se ha correlacionado con un peor rendimiento en las pruebas de memoria verbal a corto plazo y el insomnio se ha relacionado con déficit de atención, concentración y memoria visual.

Para tratarlas se pueden utilizar tratamientos no farmacológicos como la terapia cognitivo conductual y la adquisición de hábitos higiénico dietéticos, los cuales se usan en esta investigación para comprobar de manera objetiva y subjetiva la mejora del patrón del sueño en ancianos institucionalizados en residencias de ancianos.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyen personas ingresadas en residencias de la tercera edad de la ciudad de Jaén, mayores de 65 años con diagnóstico de insomnio sin tratamiento farmacológico, reclutadas mediante charlas informativas en sus residencias y que accedan a participar mediante consentimiento informado, excluyendo aquellas que padezcan otros trastornos del sueño, tratamiento farmacológico para el insomnio, presencia de deterioro cognitivo moderado o grave, o trastornos psiquiátricos, obteniendo así un grupo de 122 personas.

Para medir objetiva y subjetivamente la calidad del sueño se utiliza el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, un polisomnógrafo portátil, el índice de higiene del sueño modificado para adultos mayores, un actígrafo, un diario de sueño y el índice de severidad del insomnio.

Para llevarlo a cabo se usa un diseño experimental, formando dos grupos, uno control con el 50% de los participantes donde no se interviene y otro experimental con el otro 50% donde se aplica la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación, haciendo un total de 15 sesiones. Cada uno de los grupos tendrán la misma proporción de hombres y mujeres.

Al finalizar estas 15 sesiones se repiten los cuestionarios, la actigrafía y el diario del sueño a los dos grupos.

OBJETIVOS

Mejorar la calidad y cantidad del sueño en adultos mayores.

Desarrollar hábitos de vida saludables

Incorporación a su vida de medidas higiénico dietéticas

Práctica cotidiana de técnicas de relajación

RESULTADOS

Se observa una clara diferencia entre ambos grupos. Del 50% que participó en el grupo experimental 40 personas refirieron una mayor sensación de sueño reparador y por tanto menor fatiga durante el día y presentaron menos despertares o ninguno durante la noche y teniendo un mayor estado de alerta, y una mejor atención y concentración, 15 refirieron mayor sensación de sueño reparador pero siguieron presentando varios despertares nocturnos y 6 no tuvieron cambios significativos. Del 50% perteneciente al grupo control 50 personas presentaba similares resultados que al principio de la investigación y 11 incluso habían empeorado.

CONCLUSIONES

La aplicación de la terapia cognitivo conductual y la adopción de hábitos higiénico dietéticos tiene grandes beneficios en el tratamiento del insomnio de personas mayores llegando a evitar el uso de fármacos que pueden llegar a generar dependencia y tolerancia, teniendo en cuenta que lo hemos trabajado en un grupo etario que tiende a la polifarmacia, además de suponer un ahorro para los sistemas sanitarios por reducción del consumo de fármacos y la disminución del número de caídas, retrasar el deterioro cognitivo y prevenir la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE)
2. IMSERSO. (2014). Informe 2014 - Las Personas Mayores en España. Informe De Las Personas Mayores En España. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf
3. Krystal, A. D., Edinger, J. D. y Wohlgemuth, W. K. (2010). Trastornos del sueño y del ritmo circadiano. En Blazer, D. G. y Steffens, D. C. (Eds.), Tratado de Psiquiatría Geriátrica (pp. 395-405). Barcelona: Masson.
4. Keage, H. A. D. (2016). Sleep and cognitive aging: emerging bedfellows. Sleep Medicine, 32, 244-245.

Resumen: La cantidad de personas mayores está aumentando significativamente en los últimos años. Esto hace que los síndromes geriátricos aumenten exponencialmente, concretamente el insomnio afecta entre el 30 y 60% de esta población, influyendo a su vez a otros síndromes como las caídas o el deterioro cognitivo. Al mismo tiempo, el insomnio también lleva al consumo de fármacos utilizados para su tratamiento, los cuales pueden generar tolerancia y dependencia. En este estudio destacamos la importancia de los tratamientos no farmacológicos para la mejora del insomnio y la reducción del consumo de fármacos, y con ello sus efectos secundarios.

Palabras Clave: - Anciano, persona mayor (aged), buscado en DeCS.
 - Insomnio (sleep initiation and maintenance disorders), buscado en DeCS.
 - Tratamiento (therapeutics), buscado en DeCS.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La población mayor de 65 años en España en el año 2021 suponía el 19,77%, y mayores de 80 años el 6,08%. Según el INE, este porcentaje aumentará hasta el 2050, momento en el que empezará a disminuir. Se ha llegado a estas conclusiones tras observar la evolución que tendrá en la sociedad hechos como el Baby boom de los años 60 hasta los 70, la crisis económica de los 80, la llegada de inmigrantes al país y la bonanza económica vivida hasta 2007, momento en el que hay un punto de inflexión que afecta al crecimiento de la población total, previendo que a partir de 2045 los valores medios anuales de población sean negativos. Aún así, se estima que habrá el doble de población mayor que hasta ahora, representando un tercio de la población total española.

Este envejecimiento conlleva el aumento de la prevalencia de los síndromes geriátricos, en los cuales se encuentran los trastornos del sueño, que a su vez afecta a otros síndromes como el riesgo de accidentes y caídas, delirio, deterioro cognitivo...representando al mismo tiempo una de las principales causas de ingreso en centros sanitarios de larga estancia. Los cambios en el descanso son comunes en adultos mayores, el sueño se altera de forma objetiva y subjetiva, y tiene repercusión tanto en el estado general de salud como en el sentimiento de bienestar, pudiendo perjudicar su calidad de vida. Lo que más suelen referir estas personas es dificultad para conciliar el sueño, los despertares durante la noche, despertar temprano y a no tener un sueño reparador. Todo esto hace que tengan una somnolencia excesiva durante el día, y que muchos tiendan a hacer siestas diurnas. Esto puede verse asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

Las alteraciones del sueño en el envejecimiento se han asociado con una peor función cognitiva, el tiempo total de sueño se ha correlacionado con un peor rendimiento en las pruebas de memoria verbal a corto plazo y el insomnio se ha relacionado con déficit de atención, la concentración y memoria visual. Además, puede acarrear fatiga durante el día, irritabilidad, deterioro del aprendizaje, retraso de la curación, incluso alucinaciones visuales y auditivas.

Para tratar estas alteraciones del sueño se pueden utilizar tratamientos no farmacológicos como la terapia cognitivo conductual, que ayuda a combatir los hábitos anómalos del sueño que poseen las personas mayores, entre estas terapias incluimos técnicas de relajación, terapias

cognitivas y tratamientos dirigidos a modificar hábitos perturbadores del sueño. Por eso, en esta investigación se analiza de manera objetiva y subjetiva la repercusión que tiene el desarrollo de hábitos saludables, la incorporación de medidas higiénico-dietéticas y la práctica de técnicas de relajación sobre el patrón de sueño de ancianos institucionalizados en residencias.

Objetivos:

- Mejorar la calidad y cantidad del sueño en adultos mayores.
- Desarrollar hábitos de vida saludables.
- Incorporación a su vida de medidas higiénico-dietéticas
- Práctica cotidiana de técnicas de relajación.

Material y Métodos:

Se incluye en la investigación personas ingresadas en residencias de la tercera edad de la ciudad de Jaén, mayores de 65 años con diagnóstico de insomnio y sin tratamiento farmacológico, reclutadas mediante charlas informativas en sus residencias y que accedan a participar mediante consentimiento informado, excluyendo aquellas que padezcan otros trastornos del sueño, tratamiento farmacológico para el insomnio, presencia de deterioro cognitivo moderado o grave, o trastornos psiquiátricos. Al aplicar estos criterios de inclusión y exclusión obtuvimos un grupo de 122 personas.

Para la medición objetiva y subjetiva de la calidad del sueño se utiliza el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, un polisomnógrafo portátil, el índice de higiene del sueño modificado para adultos mayores, un actígrafo, un diario de sueño y el índice de severidad del insomnio.

Para llevarlo a cabo se utiliza un diseño experimental, formando dos grupos, uno control con el 50% de los participantes donde no se interviene y otro experimental con el otro 50% donde se aplica la terapia cognitivo conductual y las técnicas de relajación, haciendo un total de 15 sesiones. Cada uno de los grupos tendrán la misma proporción de hombres y mujeres.

Al finalizar estas 15 sesiones se repiten los cuestionarios, la actigrafía y el diario del sueño a los dos grupos.

Resultados:

Se observa una clara diferencia entre ambos grupos. Del 50% que participó en el grupo experimental 40 personas refirieron una mayor sensación de sueño reparador y por tanto menor fatiga durante el día y presentaron menos despertares o ninguno durante la noche y teniendo un mayor estado de alerta, y una mejor atención y concentración, 15 refirieron mayor sensación de sueño reparador pero siguieron presentando varios despertares nocturnos y 6 no tuvieron cambios significativos. Del 50% perteneciente al grupo control 50 personas presentaba similares resultados que al principio de la investigación y 11 incluso habían empeorado.

Conclusiones:

La aplicación de la terapia cognitivo conductual y la adopción de hábitos higiénico dietéticos tiene grandes beneficios en el tratamiento del insomnio de personas mayores llegando a evitar en gran

cantidad de personas el uso de fármacos que pueden llegar a generar dependencia y tolerancia, teniendo en cuenta que lo hemos trabajado en un grupo etario que tiende a la polifarmacia, además de suponer un ahorro para los sistemas sanitarios por reducción del consumo de fármacos y la disminución del número de caídas, retrasar el deterioro cognitivo y prevenir la depresión.

Bibliografía

1.- Instituto Nacional de Estadística (INE)

2.- IMSERSO. (2014). Informe 2014 - Las Personas Mayores en España. Informe De Las Personas Mayores En España. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

3.- Krystal, A. D., Edinger, J. D. y Wohlgemuth, W. K. (2010). Trastornos del sueño y del ritmo circadiano. En Blazer, D. G. y Steffens, D. C. (Eds.), Tratado de Psiquiatría Geriátrica (pp. 395-405). Barcelona: Masson.

4.- Keage, H. A. D. (2016). Sleep and cognitive aging: emerging bedfellows. *Sleep Medicine*, 32, 244–245.

Capítulo 194

Úlceras terminales de Kennedy

*Piqueras Crespo, Lourdes
Núñez Sánchez-Migallón, Ana Belén
Lara Lozano, Elena
García Muñoz López Menchero, Diana
Moreno Delgado, Tania*

INTRODUCCIÓN

Los pacientes terminales requieren de múltiples cuidados, uno de ellos es el cuidado de la piel. Unas de las complicaciones que surgen son las lesiones por presión (LPP) debido a múltiples factores y se relacionan con un mayor grado de morbilidad y una reducción de la calidad de vida del paciente.

En los últimos años, se han descrito un tipo de úlceras en pacientes terminales llamadas Úlceras de Kennedy (UTK) puesto que los pacientes fallecían en un lapso máximo de 6 semanas desde la aparición de la úlcera. Se localizan por lo general en el sacro o coxis, con forma de pera o mariposa, de color rojizo o amarillento con un inicio muy súbito y de evolución desfavorable muy rápida.

OBJETIVOS

- Identificar la úlcera de Kennedy.
- Conocer el manejo de las úlceras de Kennedy.
- Proporcionar confort al paciente mediante un abordaje holístico.

METODOLOGÍA

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.
- Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: "Dolor" (Pain); "Cuidados Paliativos" (Palliative Care); "Heridas y Lesiones" (Wounds and Injuries); "Úlcera" (Ulcer).

RESULTADOS

Primeramente, hay que diferenciar si estamos ante una LPP o una UTK. Se han realizado estudios retrospectivos de pacientes que han fallecido con lesiones por presión que han aparecido como máximo 6 semanas antes de su muerte. Las UTK presentaron estas características comunes:

- Comienzo súbito.
- Aumentan rápidamente en tamaño y profundidad.
- Hacen su aparición en un mayor tamaño que otras úlceras.
- Se relacionan con un fallo multi-orgánico al final de la vida.



Enferm Intensiva. 2016;27:168-72

A diferencia de las LPP, que el mecanismo desencadenante es la presión que acabará desarrollando una isquemia en la zona, en las UTK predominan factores intrínsecos que debido a su situación terminal, provocan una hipoperfusión en los tejidos dando como resultado, la muerte del tejido tisular.

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY	LESIONES POR PRESIÓN (LPP)
Hipoperfusión e isquemia cutánea debido en etapas finales de la vida	Presión y/o cizalla ocasiona isquemia local y daño tisular.
Irreversible	Reversible con el restablecimiento de la oxigenación
Inevitable	Evitable
Progresión rápida	Progresión lenta
Rojo, púrpura, amarillo, negro, azul	Rojo persistente
Forma de mariposa, pera o herradura	Forma redondeada (prominencia ósea)
Mal pronóstico	Pronóstico variable

*Tabla I. Diagnóstico diferencial entre UTK y LPP. (Fuente: Vaccalluzzo DR, Bilevich DE, Saretzky DI. Cicatrización de heridas http://fisiatermas.com/pdf/siatrd_40_4_1.pdf)

Las UTK por lo general son lesiones infradiagnosticadas afectando a la calidad de vida del paciente y a su tratamiento paliativo debido a que generalmente, el diagnóstico se realiza después del fallecimiento del paciente. Tendremos en cuenta:

- Elaborar un plan de cuidados dirigido a identificar los problemas reales y potenciales por la evolución crítica que presentan las UTK adecuando los cuidados tanto al paciente, como a su familia de una forma multidimensional.
- Seguir las directrices generales de prevención y cuidados de la piel, como la preparación del lecho de la herida con el esquema TIME, siendo en su mayoría un tratamiento **paliativo y no curativo**. Estas lesiones no se reepitalizan ni se recuperan y los cuidados irán encaminados a que la lesión no se extienda.
- Manejo del dolor usando para ello la escala de analgesia de la OMS
- Uso de dispositivos para disminuir la presión constante en zonas corporales como los colchones antiescaras, almohadas viscoelásticas y cambios posturales.
- Realizar una evaluación constante y dinámica con el fin de ir adaptando las intervenciones según vaya cambiando el aspecto de la lesión.

CONCLUSIONES

La presencia de este tipo de úlceras de Kennedy son en su mayoría de carácter inevitable y auguran un final próximo puesto aunque se apliquen medidas de prevención acaban apareciendo. Es por eso que el objetivo principal debe ser garantizar el máximo **confort** del paciente, consiguiendo un buen control de síntomas, dando apoyo emocional tanto al paciente como a la familia y mostrando la realidad de la situación ya que es un tratamiento paliativo y no curativo.

Resumen: En los últimos años el desarrollo de los cuidados paliativos está cogiendo una gran importancia. La complicación que vamos a tratar en esta revisión se trata de las úlceras terminales de Kennedy que deben su nombre a que aparecen en las últimas 6 semanas de vida del paciente. Cabe destacar que son lesiones infradiagnosticadas por lo que afectan al cuidado y el confort pudiendo provocar un agravamiento de su malestar.

Palabras Clave: “Dolor” (Pain); “Cuidados Paliativos” (Palliative Care); “Heridas y Lesiones” (Wounds and Injuries);

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los pacientes terminales requieren de múltiples cuidados, uno de ellos es el cuidado de la piel. Unas de las complicaciones que surgen son las lesiones por presión (LPP) debido a múltiples factores y se relacionan con un mayor grado de morbilidad y una reducción de la calidad de vida del paciente.

En los últimos años se han descrito un tipo de úlceras en pacientes terminales llamadas Úlceras de Kennedy (UTK) puesto que los pacientes fallecían en un lapso máximo de 6 semanas desde la aparición de la úlcera. Se localizan por lo general en el sacro o coxis, con forma de pera o mariposa, de color rojizo o amarillento con un inicio muy súbito y de evolución desfavorable muy rápida.

Objetivos:

- Identificar la úlcera de Kennedy
- Conocer el manejo de las úlceras de Kennedy
- Proporcionar confort al paciente mediante un abordaje holístico

Métodología:

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane.
- Hemos incluido aquellos artículos y Guías de práctica clínica (GPC) posteriores al año 2011

Resultados:

Primeramente hay que diferenciar si estamos ante una LPP o una UTK. Se han realizado estudios retrospectivos de pacientes que han fallecido con lesiones por presión que han aparecido como máximo 6 semanas antes de su muerte. Las UTK presentaron estas características comunes:

- Comienzo súbito.
- Aumentan rápidamente en tamaño y profundidad.

- Hacen su aparición en un mayor tamaño que otras úlceras.
- Se relacionan con un fallo multi-orgánico al final de la vida.

A diferencia de las LPP, que el mecanismo desencadenante es la presión que acabará desarrollando una isquemia en la zona, en las UTK predominan factores intrínsecos que debido a su situación terminal, provocan una hipoperfusión en los tejidos dando como resultado, la muerte del tejido tisular.

Las UTK por lo general son lesiones infradiagnosticadas afectando a la calidad de vida del paciente y a su tratamiento paliativo debido a que generalmente, el diagnóstico se realiza después del fallecimiento del paciente. Por ello, es fundamental su correcto diagnóstico para aplicar los cuidados necesarios. El plan de cuidados estará dirigido a identificar los problemas reales y potenciales por la evolución crítica que presentan las UTK adecuando los cuidados tanto al paciente, como a su familia de una forma multidimensional.

Para abordar estas lesiones, hay que seguir las directrices generales de prevención y cuidados de la piel, como la preparación del lecho de la herida con el esquema TIME, siendo en su mayoría un tratamiento paliativo y no curativo. Estas lesiones no se reepitalizan ni se recuperan y los cuidados irán encaminados a que la lesión no se extienda. Tendremos en cuenta que el manejo del dolor es otra parte importante usando para ello la escala de analgesia de la OMS, así como valorar el uso de dispositivos para disminuir la presión constante en zonas corporales como los colchones antiescaras, almohadas vicoelásticas y cambios posturales.

En conjunto, realizaremos una evaluación constante y dinámica con el fin de ir adaptando las intervenciones según vaya cambiando el aspecto de la lesión.

Conclusiones:

La presencia de este tipo de úlceras de Kennedy son en su mayoría de carácter inevitable y auguran un final próximo puesto aunque se apliquen medidas de prevención acaban apareciendo. Es por eso que el objetivo principal debe ser garantizar el máximo confort del paciente, consiguiendo un buen control de síntomas, dando apoyo emocional tanto al paciente como a la familia y mostrando la realidad de la situación ya que es un tratamiento paliativo y no curativo donde lo más importante es mantener la higiene de la piel de alrededor de la lesión, y tener un buen manejo del dolor para esto se debe seguir la escala de analgesia de la OMS, los cambios de posición y el uso de diferentes dispositivos para disminuir la presión.

Bibliografía

- 1.- Restrepo-Medrano JC, Salazar-Maya AM, Toro-Gonzales M. Úlceras terminales de Kennedy: una propuesta de cuidado desde enfermería. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(44): e01-e08. DOI: 10.5281/zenodo.5812370
- 2.- Canteli Diez A. Heridas atípicas derivadas de enfermedades crónicas seguidas en Atención Primaria. *RIdEC* 2021; 14(1):16-24.
- 3.- Ruiz Henao C.E.1, Roviralta Gómez S.2 Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable? *Heridas y Cicatrización* nº 19 Tomo 5 Junio 2015: 16-20

Capítulo 195

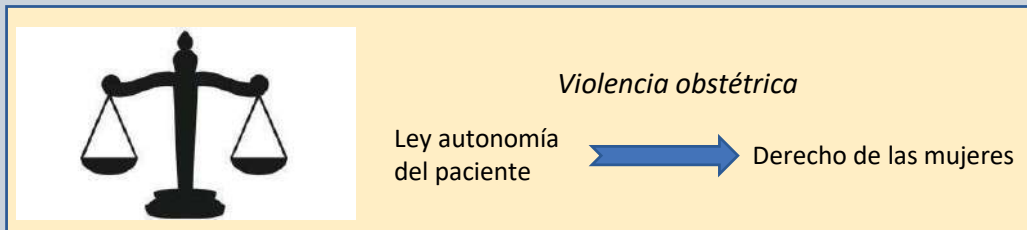
**Una realidad oculta a la que se enfrentan las mujeres.
Violencia obstétrica**

Santana Domínguez, Irene

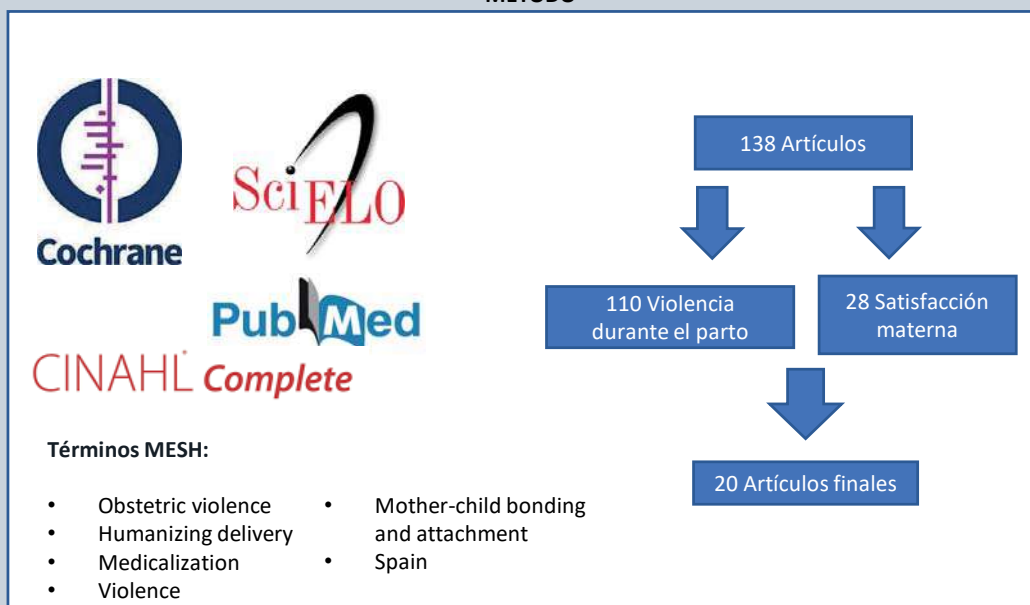
Una realidad oculta a la que se enfrentan las mujeres: Violencia obstétrica

Santana Domínguez, Irene

INTRODUCCIÓN



MÉTODO



RESULTADOS

VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Consecuencias

68%
mujeres
Españolas la
sufren

CONCLUSIÓN

Como profesionales sanitarios tenemos la obligación moral de velar por nuestras pacientes informándolas sobre la legislación, protocolos y guías más actualizadas basadas en la evidencia, promoviendo el papel activo de las mismas en su parto; Prácticas como el contacto piel con piel, y el uso de planes de parto respetados, fueron factores de protección contra la violencia obstétrica. La violencia obstétrica va más allá de la madre ésta puede tener un impacto negativo en el vínculo y apego materno- infantil.

BIBLIOGRAFÍA



Resumen: *La violencia obstétrica retrata una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública y se revela en forma de actos negligentes, imprudentes, omisivos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por los profesionales de la salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder que naturalizan y banalizan su ocurrencia.*

El exceso de intervenciones durante el parto en España ha sido denunciado como una falta de respeto y un abuso, y contribuye a la morbilidad y mortalidad neonatal y materna. Debemos potenciar la baja intervención durante los partos para conseguir una mejora en la experiencia de estas mujeres.

Palabras Clave: *Matrona, Violencia obstétrica, salud sexual y reproductiva*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Con la entrada en vigor en 2002 de la ley básica de autonomía del paciente, quedó plasmada la importancia y el derecho fundamental que poseen los usuarios/ pacientes de los servicios de salud a disponer de información y consentimiento informado, previa intervención. A pesar de ello, la violencia obstétrica sucede en España en porcentajes elevados, definiendo a la misma como aquellas prácticas que suponen un daño, físico o psicológico para las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Incluye sucesos no apropiados o no consensuados, como episiotomías sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar consecuencias graves para el binomio madre e hijo.

Objetivos:

Analizar la bibliografía actual existente sobre la violencia obstétrica. Para poner en conocimiento su prevalencia e identificar los factores asociados a ella.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica extensa y exhaustiva de artículos científicos en inglés y castellano de los últimos 5 años, publicados en revistas de impacto dentro de enfermería indexadas en las bases de datos; Cochrane, SciELO, PubMed, CINAHL y Google Scholar hasta el 10 de Mayo de 2022; usando los términos MESH: "obstetric violence" "mother-child bonding and attachment" "humanizing delivery", "obstetrics", "medicalization" , "violence", "Spain" Se obtuvieron 138 artículos, que incluían estudios descriptivos, retrospectivos y transversales, de éstos fueron seleccionados 20 que satisfacían los objetivos de esta revisión.

Resultados:

Los estudios revisados indican que más del 68% de las mujeres españolas han percibido haber sufrido violencia obstétrica. Destacan hallazgos como la falta de información, consentimiento

informado, la crítica al comportamiento y trato infantil, paternalista, autoritario por parte de los profesionales sanitarios. Las mujeres identificaron más violencia obstétrica en el momento del parto en el área hospitalaria. Los principales profesionales sanitarios identificados fueron los ginecólogos.

Conclusiones:

Como profesionales sanitarios tenemos la obligación moral de velar por nuestras pacientes informándolas sobre la legislación, protocolos y guías más actualizadas basadas en la evidencia, promoviendo el papel activo de las mismas en su parto; Prácticas como el contacto piel con piel, y el uso de planes de parto respetados, fueron factores de protección contra la violencia obstétrica. La violencia obstétrica va más allá de la madre ésta puede tener un impacto negativo en el vínculo y apego materno- infantil.

Bibliografía

1.- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 24;18(7):3359. doi: 10.3390/ijerph18073359. PMID: 33805074; PMCID: PMC8037882.

2.- Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021 Sep;34(5):e526-e536. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002. Epub 2020 Oct 17. PMID: 33082123.

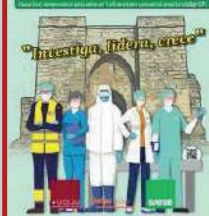
3.- Rodríguez Mir Javier, Martínez Gandolfi Alejandra. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Mayo 14] ; 35(3): 211-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001&lng=es. Epub 20-Dic-2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>.

4.- Jarillo López, Alba; Fernández-Velasco, Rocío; Garrido-Hernansaiz, Helena. «La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática». *Psicosomática y Psiquiatría*, [en línea], 2021, n.º 18, <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804> [Consulta: 14-05-2022].

Capítulo 196

Uso combinado de Apósito de fibras Poliabsorventes Hidrotersivas con plata (URGOCLEAN AG) con solución de Poliexamida en Úlcera Venosa

*Arias López-Peláez, Víctor Manuel
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire
Pardilla Elipe, Blas
Mateo Parrado, Pilar*



INTRODUCCIÓN

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial.

El objetivo principal es el control de la infección del lecho de la lesión aumentar el confort del paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

OBSERVACIÓN CLINICA. Caso Clínico

Mujer de 76 años, hipertensa, diabética, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de la movilidad, que presenta úlcera venosa infectada con gran cantidad de biofilm y tejido esfacelar, localizada en tercio medio posterior de la E.I. Derecha.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfüsión tisular infectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perfüsión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se pauta cura cada 24 horas con lavado con suero fisiológico, se aplica solución de poliexamida impregnando una gasa y manteniéndola sobre la herida 10 minutos, se limpia la herida con suero fisiológico y se cubre con apósito de fibras poliabsorventes hidrodetersivo con plata, hasta obtener un lecho limpio y granulado, pasando a realizar curas cada 48 horas.



Imagen 1: 29/12/2021.
Inicio de tratamiento.



Imagen 2: 07/01/2022.
Buena evolución.



Imagen 3: 21/01/2022.
Sigue buena evolución.



Imagen 4: 14/02/2022.
Evolución favorable



Imagen 5: 30/03/2022.
Curación y epitelización.

CONCLUSIONES

El uso combinado de solución de poliexamida más apósito de fibras poliabsorventes hidrodetersivo con plata mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, favoreciendo el desbridamiento y la eliminación de biofilm, protegiéndola de la infección, favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización y el confort del paciente.

Resumen: El trabajo refleja un caso clínico de mujer de 76 años, hipertensa, diabética, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de movilidad, que presenta úlcera venosa infectada, localizada en tercio medio posterior tibial de la E.I. derecha. Se ha utilizado protocolo de úlceras vasculares con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó solución de poliexamida más apósito de fibras de poliabsorbentes hidrodetersivo con plata, cubriendo el apósito con vendaje compresivo, consiguiéndose buena evolución de la herida hasta la curación total.

Palabras Clave: Úlcera venosa, Cuidados de enfermería, Cura de heridas

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La atención y realización de curas en pacientes con úlceras vasculares, es una actividad habitual dentro de nuestro medio asistencial. El objetivo principal es el control de la infección local de la lesión, aumentar el confort para el paciente y conseguir el cierre completo de la lesión en el menor tiempo posible.

Observación Clínica. Caso Clínico

Mujer de 76 años, hipertensa, diabética, con tratamiento anticoagulante, obesidad tipo 3 y limitación de movilidad, que presenta úlcera venosa infectada con gran cantidad de biofilm y tejido esfacelar, localizada en tercio medio posterior de la E.I. derecha.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

RESULTADOS NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108. Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de la infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

ACTIVIDADES

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024.

Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas)

Discusión:

Se pauta cura cada 24 horas con lavado con SF, se aplica solución de poliexamida impregnando una gasa y manteniéndola sobre la herida 10 minutos, se limpia la herida con suero fisiológico y se cubre con apósito de fibras poliabsorventes hidrodetersivo con plata, hasta obtener un lecho limpio y granulado, pasando a realizar curas cada 48 horas.

Conclusiones:

El uso combinado de solución de poliexamida más fibras poliabsorventes hidrodetersivo con plata mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida, favoreciendo el desbridamiento y la eliminación de biofilm protegiéndola de la infección y favoreciendo un ambiente húmedo en la lesión que facilita el proceso de cicatrización y el confort del paciente.

Bibliografía

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.
2. <http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf>
3. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosas.
4. Roma M., Ruiz Galiano P., "Úlceras vasculares, prevención y cuidados". Rol 140.

Capítulo 197

Uso de Antibióticos Tópicos en Quemaduras Menores

*Martín-Portugués Muñiz, Jorge
Jiménez Hernández, Marta
Fernández Rodríguez, María de las Nieves
Carretero Valderrabano, Juan José*

Uso de antibióticos tópicos en quemaduras menores

Introducción

Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor, la radiación, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos. Las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad producidas mayormente en el ámbito doméstico y laboral. Según los datos más recientes, las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Esto contrasta con el patrón común de lesiones, según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres.

Por ende, el tratamiento de los quemados requiere un abordaje integral, de la etiología de la quemadura, protocolo de actuación y coordinación con los distintos niveles asistenciales en caso de que fuese necesario la derivación del paciente.

Si bien existen guías de actuación para abordar las quemaduras menores (Quemaduras de primero grado y de segundo grado menor del 15% de SCTQ en adultos o menor del 10% de SCTQ en niños), no existe consenso en la práctica clínica habitual sobretodo en Atención Primaria; ya en un artículo que se mencionará posteriormente Josep María Petit Jornet nos referencia que las quemaduras menores, es decir las tratadas en Atención Primaria, tienen bajo riesgo de infección. La plata es un producto que resulta muy rentable, ya que los costes de los tratamientos con plata son menores y se obtienen mayores beneficios para el paciente si bien en este trabajo se valorará la necesidad de este tipo de antibioterapia para el tratamiento de quemaduras menores.

Objetivos

- Comprobar que la percepción sobre la variabilidad en la práctica de abordaje de las quemaduras se corresponde con una diversidad de recomendaciones en los protocolos existentes.
- Conocer la efectividad de los antibióticos tópicos para el tratamiento de quemaduras.

Material y Método

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de Guías de Práctica Clínica (GPC), en diferentes bases de datos (Fisterra, Guía Salud...), así como documentos de consenso de sociedades científicas como la GNEAUPP, de revisiones sistemáticas en Pubmed, Cochrane Library, Scielo o Google Scholar y protocolos en los recursos online de los diferentes Servicios de Salud. El desarrollo del trabajo se ha realizado desde octubre de 2021 hasta mayo de 2022.

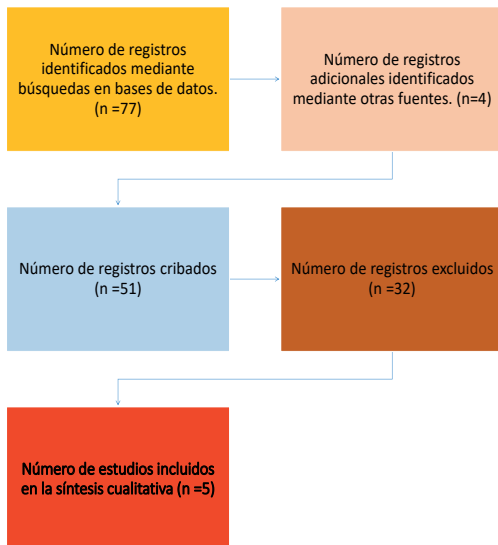
Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son:

- ❖ Artículos anteriores al año 2010.
- ❖ Artículos que requieren pago.
- ❖ Artículos de países fuera de España por poseer productos de cura diferentes a los usados en nuestro País.
- ❖ Artículos relativos a la Atención hospitalaria.
- ❖ Artículos que no referencien las quemaduras "menores".

Estrategia de búsqueda:

Palabras clave: Quemaduras/antibiótico/tópico/local/burns/.

Resultados



ESTUDIO	DISEÑO	RESULTADO
Manrique Martínez, I. Angelats Romero, C.M. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. 2019	Artículo de revista. Sociedad española de pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.	-No usar de forma rutinaria antibióticos tópicos.
Fernández Santervás, Y. Melé Casas, M. Protocolo diagnóstico y terapéutico, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2019	Protocolo. Sociedad española de urgencias pediátricas.	-Curar con apósitos de plata por su menor toxicidad que los antibióticos tópicos.
Jiménez Serrano, R. García Fernández, F.P. Manejo de las quemaduras de primero y segundo grado en Atención Primaria. 2018	Revista científica, Gerokomos.	-La sulfadiazina de plata sólo debería utilizarse en quemaduras infectadas y como último escalón terapéutico. -Primer escalón de tratamiento debería ser la cura en ambiente húmedo. -Quemaduras infectadas usar apósitos de plata o cadexómero yodado; si sigue infectada usar Sulfadiazina de plata.
Petit Jornet JM, Lluïdes Coit J, Amat Camats G, Oliver Garcia M. Valoración y manejo de una quemadura de espesor parcial en atención primaria. 2018.	Artículo científico Revista Rol de Enfermería.	-Las quemaduras menores tienen muy bajo riesgo de infección. - Lo ideal materiales que favorezcan la CAH. - El efecto antimicrobiano de la sulfadiazina argéntica solo dura unas 16-18 horas. Cuando se aplica cada 24 h, o cada 48 horas existe el riesgo de aparición de cepas resistentes.
García-Fernández, F.P. Verdú-Soriano, J. y Col. "Que no hacer en heridas crónicas." Recomendaciones basadas en la evidencia. Serie documentos técnicos GNEAUPP n °XIV. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2018.	Documento Técnico. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.	-No utilizar antibióticos tópicos en quemaduras de primer grado o en aquellas sin signo de infección. <i>Fuerza de recomendación moderada.</i>

Conclusiones

El estudio refleja una clara evidencia en contra del uso sistemático de antibiótico tópico o apósitos con plata para la cura de quemaduras menores dado que por su extensión y profundidad (primer y segundo grado) no suelen ser propensas a la infección; según algunos artículos sólo usaríamos antibiótico tópico como último escalón terapéutico y ante signos clínicos de infección.

Bibliografía

1. Manrique Martínez, I. Angelats Romero C.M. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (2): 81–89.
2. Fernández Santervás, Yolanda. Melé Casas, María. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019.
3. Jiménez Serrano, R. García Fernández, F.P. Manejo de las quemaduras de primero y segundo grado en Atención Primaria. *Gerokomos*. 2018

Resumen: Durante la carrera universitaria lo que normalmente se explica sobre quemaduras es escaso. Añadido a que existe poca bibliografía y no muy precisa, hace que el manejo en el tratamiento de quemaduras sea muy diverso.

Tratar quemaduras es tratar heridas, por ende, cualquier profesional que se dedique a curar heridas, debería conocer los principios y las bases científicas.

Además, es necesario saber qué es lo que no se debería hacer, como el uso indiscriminado de los antibióticos tópicos en quemaduras menores cuando son de primer grado o no infectadas.

Palabras Clave: Topic, Antibiotic, Burn

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor, la radiación, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos. Las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad producidas mayormente en el ámbito doméstico y laboral.

Según los datos más recientes, las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Esto contrasta con el patrón común de lesiones, según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres.

Por ende, el tratamiento de los quemados requiere un abordaje integral, de la etiología de la quemadura, protocolo de actuación y coordinación con los distintos niveles asistenciales en caso de que fuese necesario la derivación del paciente.

Si bien existen guías de actuación para abordar las quemaduras menores (Quemaduras de primero grado y de segundo grado menor del 15% de SCTQ en adultos o menor del 10% de SCTQ en niños), no existe consenso en la práctica clínica habitual sobre todo en Atención Primaria; ya en un artículo que se mencionará posteriormente Josep María Petit Jornet nos referencia que las quemaduras menores, es decir las tratadas en Atención Primaria, tienen bajo riesgo de infección.

La plata es un producto que resulta muy rentable, ya que los costes de los tratamientos con plata son menores y se obtienen mayores beneficios para el paciente si bien en este trabajo se valorará la necesidad de este tipo de antibioterapia para el tratamiento de quemaduras menores.

Objetivos:

- Comprobar que la percepción sobre la variabilidad en la práctica de abordaje de las quemaduras se corresponde con una diversidad de recomendaciones en los protocolos existentes.
- Conocer la efectividad de los antibióticos tópicos para el tratamiento de quemaduras.

Material y Método:

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de Guías de Práctica Clínica (GPC), en diferentes bases de datos (Fisterra, Guía Salud...), así como documentos de consenso de sociedades científicas como la GNEAUPP, de revisiones sistemáticas en Pubmed, Cochrane Library, Scielo o Google Scholar y protocolos en los recursos online de los diferentes Servicios de Salud. El desarrollo del trabajo se ha realizado desde octubre de 2021 hasta mayo de 2022.

Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son:

- Artículos anteriores al año 2010.
- Artículos que requieren pago.
- Artículos de países fuera de España por poseer productos de cura diferentes a los usados en nuestro País.
- Artículos relativos a la Atención hospitalaria.
- Artículos que no referencien las quemaduras “menores”.

Estrategia de búsqueda:

Palabras clave: Quemaduras/antibiótico/tópico/local/burns/

Resultados:

Estudio	Diseño	Resultado
Manrique Martínez, I. Angelats Romero, C.M. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. 2019	Artículo de revista. Sociedad española de pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.	-No usar de forma rutinaria antibióticos tópicos.
Fernández Santervás, Y. Melé Casas, M. Protocolo diagnóstico y terapéutico, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2019	Protocolo. Sociedad española de urgencias pediátrica.	-Curar con apósitos de plata por su menor toxicidad que los antibióticos tópicos.
Jiménez Serrano, R. García Fernández, F.P. Manejo de las quemaduras de primero y segundo grado en Atención Primaria. 2018	Revista científica, Gerokomos.	-La sulfadiazina de plata sólo debería utilizarse en quemaduras infectadas y como último escalón terapéutico. -Primer escalón de tratamiento debería ser la cura en ambiente húmedo. -Quemaduras infectadas usar apósitos de plata o cadexómero yodado; si sigue infectada usar Sulfadiazina de plata.
Petit Jornet JM, Llurdes Coit J, Amat Camats G, Oliver García M. Valoración y manejo de una quemadura de espesor parcial en atención primaria. 2018.	Artículo científico Revista Rol de Enfermería.	-Las quemaduras menores tienen muy bajo riesgo de infección. - Lo ideal materiales que favorezcan la CAH. - El efecto antimicrobiano de la sulfadiazina argéntica solo dura unas 16-18 horas.
		Cuando se aplica cada 24 h, o cada 48 horas existe el riesgo de aparición de cepas resistentes.
García-Fernández, F.P, Verdú-Soriano, J. y Col. “Que no hacer en heridas crónicas.” Recomendaciones basadas en la evidencia. Serie documentos técnicos GNEAUPP n.º XIV. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2018.	Documento Técnico. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.	-No utilizar antibióticos tópicos en quemaduras de primer grado o en aquellas sin signo de infección. <i>Fuerza de recomendación moderada</i>

Conclusiones:

El estudio refleja una clara evidencia en contra del uso sistemático de antibiótico tópico o apósitos con plata para la cura de quemaduras menores dado que por su extensión y profundidad (primer y segundo grado) no suelen ser propensas a la infección; según algunos artículos sólo usaríamos antibiótico tópico como último escalón terapéutico y ante signos clínicos de infección.

Bibliografía

1.- Manrique Martinez, I. Angelats Romero C.M. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (2): 81–89.

2.- Fernández Santervás, Yolanda. Melé Casas, María. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019.

3.- Jiménez Serrano, R. García Fernández, F.P. Manejo de las quemaduras de primero y segundo grado en Atención Primaria. *Gerokomos*. 2018

4.- Petit Jornet JM, Llurdes Coit J, Amat Camats G, Oliver Garcia M. Valoración y manejo de una quemadura de espesor parcial en atención primaria. *Rev ROL Enferm* 2018; 41(11-12): 757-760

Capítulo 198

Uso de Dermazoil® en Heridas de Origen Traumático

*Pardilla Elipe, Blas
Arias López-Peláez, Víctor M.
Arias Jiménez, Nicanor
Mateo Parrado, Pilar
Sánchez Gil, Leire*

USO DE DERMAZOIL EN HERIDAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO



Autores: Pardilla Elipe, Blas; Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Mateo Parrado, Pilar; Sánchez Gil, Leire.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones de enfermería, el abordaje de heridas supone un reto importante. Estas lesiones a menudo presenta complicaciones tales como edemas, hemorragias, hematomas, hipergranulación, infección, necrosis, etc. Entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en éste tipo de heridas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA. Caso Clínico

Mujer de 85 años, hipertensa, obesa con limitación de movimientos acude a su enfermera de Atención Primaria por presentar herida de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con pérdida de piel, la cual está localizada en cara anterior de pierna izquierda., tras drenaje de hematoma presenta ulcera de 7 cm aproximadamente. Se realiza valoración de las características de la herida y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1102. Curación de la herida: por primera intención. 1103. Curación de la herida: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 6540. Control de infecciones.	366006. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 654013. Poner en práctica precauciones universales. 654024. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. R/C 00294. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	0401. Estado circulatorio. 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3590. Vigilancia de la piel. 4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 4070. Precauciones circulatorias.	359006. Observar si hay infecciones, especialmente en la zonas edematosas. 359013. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). 406613. Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). 407004. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. 407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. 407006. Evitar lesiones en la zona afectada. 407007. Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. R/C 00074. Problemas circulatorios: consecuencias.	1103. Curación de las heridas: por segunda intención.	3660. Cuidados de las heridas. 4070. Precauciones circulatorias.	366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. 366028. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 407008. Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. R/C 00057. Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	1605. Control del dolor. 2109. Nivel de malestar.	0840. Cambio de posición. 1400. Manejo del dolor. 2210. Administración de analgésicos. 6482. Manejo ambiental: confort.	084016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 084017. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. 084026. Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 140019. Enseñar los principios de control del dolor. 140021. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. 221001. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 648212. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. 648214. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Se inicia tratamiento el día 26 de noviembre limpiando bien la herida con suero fisiológico, se pone dermazoil crema® con apósito untuoso y apósito de gasa., se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución., se continua el tratamiento cada 48 horas, sin aparecer signos de infección ni de maceración y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en 30 días.



Imagen 1: 26/11/2021. Inicio de tratamiento.



Imagen 2: 04/12/2021. Se observa buena evolución.



Imagen 3: 11/12/2021. Buena evolución lesión.



Imagen 4: 21/12/2021. Lesión final cicatrización



Imagen 5: 26/12/2021. Caída costra, fin tratamiento.

CONCLUSIONES

El uso de dermazoil crema® para tratamiento de heridas, produce desbridamiento de ésta, tejido de granulación con rapidez, no produce maceración en la piel perilesional lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorando la calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Resumen: El trabajo refleja el caso clínico de una paciente con 85 años con hipertensión arterial, obesidad y limitación de movimientos que presenta herida traumática a consecuencia de un golpe en cara anterior de pierna izquierda. Se han realizado curas protocolizadas y también se ha realizado un plan de cuidados enfermero; para las curas se ha utilizado suero fisiológico, dermazoil crema® más apósito untuoso y apósito de gasa consiguiendo una buena evolución de la herida hasta su total cicatrización.

Palabras Clave: Herida, Traumatismo, Infección

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Dentro de las funciones de enfermería, el abordaje de heridas supone un reto importante. Estas lesiones a menudo presentan complicaciones tales como edemas, hemorragias, hematomas, hipergranulación, infección, necrosis, etc. Entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en este tipo de heridas

Observación Clínica:

Mujer de 85 años, hipertensa, obesa con limitación de movimientos acude a su enfermera de Atención Primaria por presentar herida de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con pérdida de piel, la cual está localizada en cara anterior de pierna izquierda. Tras drenaje de hematoma presenta ulcera de 7 cm aproximadamente. Se realiza valoración de las características de la herida y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

Plan de Cuidados Enfermero:

DIAGNÓSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00024: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: Deterioro de la integridad cutánea, 00132: Dolor agudo.

RESULTADOS NOC

1102: Curación de la herida por primera intención, 1103: Curación de la herida por segunda intención, 0401: Estado circulatorio, 0407: Perfusión tisular periférica, 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605: Control del dolor, 2109: Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660: Cuidados de las heridas, 6540: Control de las infecciones, 3590: Vigilancia de la piel, 4066: Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070: Precauciones circulatorias, 0840: Cambios de posición, 1400: Manejo del dolor, 2210: Administración de analgésicos, 6482: Manejo ambiental: Confort.

ACTIVIDADES

36006: Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico, 366014: Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65043: Poner en práctica precauciones universales, 65024: Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006: Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601: Realizar una valoración global de la circulación periférica, 407004: Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la zona afectada, 407005: Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre, 407006: Evitar lesiones en la zona afectada, 407007: Evitar infecciones en las heridas, 366016: Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017: Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025: Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010: Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017: Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019: Enseñar los principios del control del dolor, 221001: Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021: Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212: Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad, 648214: Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión

Se inicia tratamiento el día 26 de noviembre limpiando bien la herida con suero fisiológico, se pone dermazoil® crema con apósito untuoso y apósito de gasa, se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución, se continua el tratamiento cada 48 horas, sin aparecer signos de infección ni de maceración y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en 30 días.

Conclusiones

El uso de dermazoil® crema para tratamiento de heridas, produce desbridamiento de esta, tejido de granulación con rapidez, no produce maceración en la piel perilesional lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorando la calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Bibliografía

- 1.- Herman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2015- 2017.
- 2.- M. Bulechek, G., K. Butcher, H., M. Dochterman, J. y M. Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 3.- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2007.
- 4.- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M. y Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 5.- By Sebastian Probst, DCLinPrac, RN. Cuidado de heridas en Enfermería. 3ª Ed española: Elsevier; 2021

Capítulo 199

Uso de Harina de Almidón de Maíz en el Tratamiento de Úlceras por Presión Infeccionadas

Sánchez Manso, Carolina Laura



Uso de harina de almidón de maíz en el tratamiento de Úlceras por Presión Infeccionadas

Sánchez Manso, Carolina Laura
Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste

SATSE

Introducción

Las redes sociales e internet han aumentado la información científica existente y mejorado la comunicación de la misma. Paralelamente se siguen usando métodos tradicionales en los cuidados de enfermería. Encontramos, a través de estas dos vías antitéticas, información del uso de harina de almidón de maíz en el tratamiento de las úlceras por presión infeccionadas. Antes de introducir cambios en las formas de aplicar cuidados se debe buscar y hallar la base científica que indique o contraindique el uso de éstos. Justificar con evidencia su uso para paralizar la extensión y moda en el caso de que sean simples cuidados tradicionales sin base en la ciencia que además puedan ser peligrosos o perjudiciales.

Objetivos

Hallar si existe evidencia científica que justifique el uso de la harina de almidón de maíz en la profilaxis e intervención de lesiones cutáneas derivadas de la presión.

Material y Método

Revisión Bibliográfica en Pubmed, Elsevier, TripDatabase, Cochrane Library usando los siguientes descriptores: corn and wounds, ulcer, sore, pressure ulcers.

Resultados

No se hallaron referencias que relacionen la aplicación de almidón de maíz en polvo en el tratamiento de lesiones, úlceras o cualquier otro tipo de alteraciones de la piel a pesar de que se amplió la búsqueda.

Un estudio en el que se utiliza apósitos hechos de almidón de maíz junto con otros principios activos mostraba buena biocompatibilidad celular con los fibroblastos y una aceleración significativa de la cicatrización de heridas.

Conclusiones

No se ha encontrado evidencia científica que respalde el uso de la harina de almidón de maíz en el tratamiento y la prevención de las úlceras por presión.

Existen datos para no recomendar su uso: siendo éste un producto alimentario la legislación española vigente (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio) prohíbe su utilización profesional en el cuidado de las lesiones de la piel o cualquier otra intervención sanitaria.

Al ser un producto rico en carbohidratos favorece la posible multiplicación de las bacterias colonizadoras del lecho tisular.

Su textura en polvo además puede desencadenar la deshidratación de la zona aumentando el riesgo de lesiones o agravando las ya existentes.

Usar almidón de maíz en apósitos puede abrir una vía de investigación acerca de si éste tiene efectos sobre la mejora de la cicatrización de las heridas. Sin embargo, su uso empírico en el formato de consumo alimentario es perjudicial y está legalmente prohibido.

Resumen: *Por tradición o por recomendación se usa la harina de almidón de maíz para el tratamiento de las úlceras por presión infectadas. Tras la revisión bibliográfica la evidencia científica encontrada es nula. Conociendo las características del producto está contraindicado su uso porque puede producir el efecto contrario al deseado.*

Palabras Clave: *Corn, Pressure Ulce, Wound*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las redes sociales e internet han aumentado la información científica existente y mejorado la comunicación de la misma. Paralelamente se siguen usando métodos tradicionales en los cuidados de enfermería. Encontramos, a través de estas dos vías antitéticas, información del uso de harina de almidón de maíz en el tratamiento de las úlceras por presión infectadas.

Antes de introducir cambios en las formas de aplicar cuidados se debe buscar y hallar la base científica que indique o contraindique el uso de éstos. Justificar con evidencia su uso para paralizar la extensión y moda en el caso de que sean simples cuidados tradicionales sin base en la ciencia que además puedan ser peligrosos o perjudiciales.

Objetivos:

Hallar si existe evidencia científica que justifique el uso de la harina de almidón de maíz en la profilaxis e intervención de lesiones cutáneas derivadas de la presión.

Material y Método:

Revisión Bibliográfica en Pubmed, Elsevier, TripDatabase, Cochrane Library usando los siguientes descriptores: corn and wounds, ulcer, sore, pressure ulcers.

Resultados:

No se hallaron referencias que relacionen la aplicación de almidón de maíz en polvo en el tratamiento de lesiones, úlceras o cualquier otro tipo de alteraciones de la piel a pesar de que se amplió la búsqueda.

Un estudio en el que se utiliza apósitos hechos de almidón de maíz junto con otros principios activos mostraba buena biocompatibilidad celular con los fibroblastos y una aceleración significativa de la cicatrización de heridas.

Conclusiones:

No se ha encontrado evidencia científica que respalde el uso de la harina de almidón de maíz en el tratamiento y la prevención de las úlceras por presión.

Existen datos para no recomendar su uso: siendo este un producto alimentario la legislación española vigente (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio) prohíbe su utilización profesional en el cuidado de las lesiones de la piel o cualquier otra intervención sanitaria.

Al ser un producto rico en carbohidratos favorece la posible multiplicación de las bacterias colonizadoras del lecho tisular.

Su textura en polvo además puede desencadenar la deshidratación de la zona aumentando el riesgo de lesiones o agravando las ya existentes.

Usar almidón de maíz en apósitos puede abrir una vía de investigación acerca de si éste tiene efectos sobre la mejora de la cicatrización de las heridas. Sin embargo, su uso empírico en el formato de consumo alimentario es perjudicial y está legalmente prohibido.

Bibliografía

1.- Eskandarinia, A., Kefayat, A., Rafienia, M., Agheb, M., Navid, S., & Ebrahimpour, K. (2019). Cornstarch-based wound dressing incorporated with hyaluronic acid and propolis: In vitro and in vivo studies. *Carbohydrate Polymers*, 216, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2019.03.091>

2.- Biblioteca Virtual Murcia salud [Internet]. <https://www.murciasalud.es>. 2010 [citado 8 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/preevid/18375#>

3.- Manual MSD [Internet]. <https://www.msdmanuals.com>. 2019 [citado 8 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/%C3%BAalceras-por-dec%C3%BAbito/%C3%BAalceras-por-dec%C3%BAbito>

4.- GNEAUPP [Internet]. <http://gneaupp.info/>. 2014 [citado 8 mayo 2022]. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/46_pdf.pdf

Capítulo 200

Uso de Miel y Veneno de Abeja en Heridas

Sánchez Manso, Carolina Laura



Uso de miel y veneno de abeja en heridas

Sánchez Manso Carolina Laura
Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste



Introducción

La miel, el veneno de abeja y otros derivados de la apicultura se han utilizado en cosmética y en el tratamiento de las lesiones de la piel. El papel de la enfermería en el uso de éstos se ve reforzado si se es conocedor de la evidencia científica actual sobre el mecanismo de acción de sus principios activos.

Objetivos

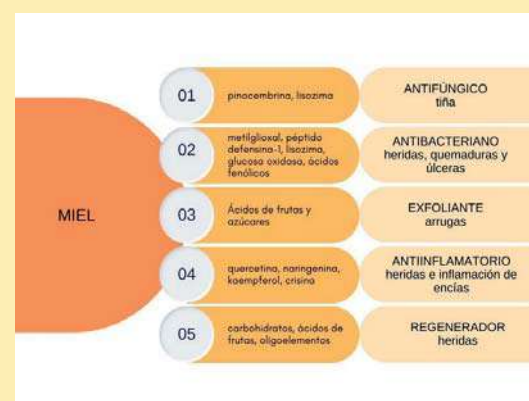
Sintetizar la evidencia existente sobre el principios activos y efectos del veneno de abeja y la miel en el tratamiento de lesiones cutáneas.

Material y Método

Revisión Bibliográfica entre los años 2020 y 2022 en las siguientes Bases de Datos: PUBMED y ELSEVIER usando los siguientes descriptores: (bee venom) AND wounds - (bee venom) AND ulcer - (bee venom) AND sore

Resultados

MIEL	VENENO DE ABEJA
<ul style="list-style-type: none"> Carbohidratos: Glucosa y Fructosa, Sacarosa, raminosa, trehalosa, nigerobiosa, isomaltosa, maltosa, maltotetraosa, maltotriosa, maltulosa, melecitosa, melibiosa, nigerosa, palatinosa, rafinosa y erlosa. Enzimas: oxidasa, amilasa, catalasa, peroxidasa, invertasa y lisozima. Ácidos orgánicos: ácido glucónico, ácido cítrico, ácido málico, ácido láctico, ácido succínico, ácido oxálico, ácido tartárico, ácido fórmico, ácido acético, ácido benzoico y ácido piromálico. Ácidos fenólicos: derivados del ácido hidroxicínámico ácido p-cumárico, el ácido cafeico, el ácido ferúlico y el ácido sinápico. Derivados del ácido hidroxibenzoico p-hidroxibenzoico, vainílico, siringico, salicílico y ácidos gálicos y ácido elágico. Flavonoides: naringenina, hesperetina, pinocembrina, crisina, galangina, quercetina y kaempferol. Agua Aminoácidos y proteínas: Prolina Vitaminas: tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido p-aminobenzoico, ácido fólico, ácido pantoténico y vitaminas A, C, E. Minerales: fósforo, potasio, calcio, magnesio, azufre, hierro, cobre, manganeso y zinc. 	<ul style="list-style-type: none"> Péptidos: melitina, apamina, adolapina, sekapina, prokamina y péptido desgranulador de mastocitos. Aminas: histamina, epinefrina, dopamina, norepinefrina. Enzimas: fosfolipasa A2, hialuronidasa, fosfomonoesterasa ácida, isofosfolipasa. Lípidos. Carbohidratos Aminoácidos libres.



Conclusiones

Para poder obtener los beneficios de la acción de los principios activos contenidos en miel y veneno de abeja en heridas y otros procesos de la piel éstos deben estar en presentaciones autorizadas o productos sanitarios (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio) nunca aplicando la miel o derivados de productos alimentarios.

Al ser productos de origen animal tienen potencial alergénico, contrastando con historial de alergias. Aumentando el uso y la aplicación se mejora la evidencia científica y se podrá ampliar el conocimiento abriendo camino para otros usos.

Resumen: *Haciendo una revisión bibliográfica se ha encontrado la base científica del extendido y tradicional uso de la miel y derivados en cosmética y cuidado de la piel. Los principios activos de la miel y el veneno de abeja y sus efectos sobre las heridas abren un camino para continuar innovando en su uso y aplicación en este campo.*

Palabras Clave: *Sore, Wound, Bee Venom*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La miel, el veneno de abeja y otros derivados de la apicultura se han utilizado en cosmética y en el tratamiento de las lesiones de la piel. El papel de la enfermería en el uso de estos se ve reforzado si se es conocedor de la evidencia científica actual sobre el mecanismo de acción de sus principios activos.

Objetivos:

Sintetizar la evidencia existente sobre el principios activos y efectos del veneno de abeja y la miel en el tratamiento de lesiones cutáneas.

Material y Método:

Revisión Bibliográfica entre los años 2020 y 2022 en las siguientes Bases de Datos: PUBMED y ELSEVIER usando los siguientes descriptores: (bee venom) AND wounds - (bee venom) AND ulcer - (bee venom) AND sore.

Resultados:

La miel es un producto natural elaborado por las abejas a partir del néctar y la melaza, sobresaturada de hidratos de carbono que contiene al menos 181 ingredientes.

Contiene principalmente glucosa y fructosa, pero también sacarosa, ramnosa, trehalosa, nigerobiosa, isomaltosa, maltosa, maltotetraosa, maltotriosa, maltulosa, melecitosa, melibiosa, nigerosa, palatinosa, rafinosa y erlosa.

Enzimas: oxidasa, amilasa, catalasa, peroxidasa, invertasa y lisozima.

Ácidos orgánicos: ácido glucónico, ácido cítrico, ácido málico, ácido láctico, ácido succínico, ácido oxálico, ácido tartárico, ácido fórmico, ácido acético, ácido benzoico y ácido piromúico.

Ácidos fenólicos y flavonoides, con propiedades biológicas y actividad antioxidante.

Ácidos fenólicos incluye derivados del ácido hidroxicinámico y del ácido hidroxibenzoico. Los derivados del ácido hidroxicinámico son el ácido p-cumárico, el ácido cafeico, el ácido ferúlico y el ácido sinápico.

Flavonoides como naringenina, hesperetina, pinocembrina, crisina, galangina, quercetina y kaempferol.

La miel también contiene aceites esenciales, cuya composición incluye terpenos (timol, bisabolol, farnesol, y cineol).

Otros componentes de la miel comprenden agua, aminoácidos y proteínas.

Vitaminas que son principalmente: tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido p-aminobenzoico, ácido fólico, ácido pantoténico y vitaminas A, C, E.

Minerales: fósforo, potasio, calcio, magnesio, azufre, hierro, cobre, manganeso y zinc. Aunque solo hay una pequeña cantidad de oligoelementos en la miel, son altamente biodisponibles.

Efecto antimicrobiano gracias a peróxido de hidrógeno, alta presión osmótica, alta acidez, presencia de compuestos fenólicos ácidos, flavonoides y lisozima. La miel inhibe el crecimiento de bacterias y hongos al reducir su desarrollo en la superficie de la piel.

Pinocembrina y la lisozima son responsables por sus propiedades antifúngicas. La lisozima inhibe el crecimiento de hongos similares a levaduras.

La entrada de Ca^{2+} extracelular inducida por miel da como resultado la cicatrización de heridas.

Se puede usar como biomaterial para la regeneración de tejidos con plantillas electrohiladas, criogeles o hidrogeles. Supone un problema del uso de miel en tejido: citotoxicidad de altas concentraciones de miel, la falta de tasas de liberación prolongada de la miel con el tiempo.

Un alto contenido en hidratos de carbono, la presencia de ácidos de frutas es responsable de sus efectos nutricionales y regeneradores. Gracias a la ósmosis, la microcirculación en el tejido dérmico se estimula.

Ácidos de frutas, como componentes de la miel, proporcionan un efecto exfoliante para las células muertas de la piel.

La xerosis se alivia con los ácidos grasos y las sales minerales de la miel.

Veneno de abeja, apitoxina producida por la abeja es una mezcla compleja de diferentes péptidos y péptido desgranulador de mastocitos.

Péptidos como melitina, apamina, adolapina, sekapina, prokamina y péptido desgranulador de mastocitos.

La melitina, juega un papel importante en la inducción de reacciones asociadas con las picaduras de abejas. La melitina induce la permeabilización de la membrana y lisa las células. Posee también aminos como histamina, epinefrina, dopamina, norepinefrina y enzimas como la fosfolipasa A2, hialuronidasa, fosfomonoesterasa ácida, lisofosfolipasa.

El veneno de abeja muestra efectos inhibitorios sobre *Cutibacterium acnés*, principal factor que induce la inflamación en el acné.

Tiene un efecto antibacteriano significativo contra *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus pyrogenes*. La melitina es un péptido tóxico que provoca la destrucción de la pared celular bacteriana.

En hongos e infecciones virales de la piel como antimicótico contra *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur* y virus del herpes simple.

Potencial inhibidor de la 5 α -reductasa, que es responsable de convertir la testosterona en dihidrotestosterona y juega un papel importante como promotor del crecimiento del cabello.

Contiene melitina, que bloquea la expresión de genes inflamatorios e inhibe la Expresión de COX-2, por lo que disminuye la producción de prostaglandinas que participan en el proceso inflamatorio.

Apamina, la histamina, el péptido desgranulador de mastocitos (MCD) y la fosfolipasa A2 (PLA2) aumentan la respuesta inflamatoria, mientras que el polipéptido adolapina inhibe la síntesis de prostaglandinas e inhibe la actividad del veneno de abeja PLA2 y la lipoxigenasa humana.

Efecto antiinflamatorio del veneno de abeja se usa también en el tratamiento de la dermatitis atópica.

El mecanismo de cicatrización de heridas está asociado con expresiones de TGF- β 1, fibronectina, factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y colágeno-I.

Estimuló la proliferación y migración de queratinocitos epidérmicos humanos. El veneno de Unido al hidrogel aumentó la formación de colágeno. El veneno de abeja favorece la cicatrización de heridas debido a su actividad antiinflamatoria, antimicrobiana y también antioxidante.

Conduce a la muerte celular por apoptosis mediante la inducción de radicales hidroxilo. Antimelanogénica al inhibir las proteínas relacionadas con la tirosinasa.

Actividad fotoprotectora al reducir los niveles de proteína de las metaloproteinasas de la matriz inhibe eficazmente los procesos de fotoenvejecimiento, por lo que puede usarse para la piel dañada por el sol. El gel que contiene 0,06 % de veneno de abeja no provocó dermatitis fotosensible, lo que se ha confirmado en un modelo animal.

Conclusiones:

Para poder obtener los beneficios de la acción de los principios activos contenidos en miel y veneno de abeja en heridas y otros procesos de la piel éstos deben estar en presentaciones autorizadas o productos sanitarios (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio) nunca aplicando la miel o derivados de productos alimentarios.

Al ser productos de origen animal tienen potencial alergénico, contrastando con historial de alergias.

Aumentando el uso y la aplicación se mejora la evidencia científica y se podrá ampliar el conocimiento abriendo camino para otros usos.

Bibliografía

1.- Kurek-Górecka A, Górecki M, Rzepecka-Stojko A, Balwierz R, Stojko J. Bee Products in Dermatology and Skin Care. *Molecules*. 2020 Jan 28;25(3):556. doi: 10.3390/molecules25030556. PMID: 32012913; PMCID: PMC7036894.

2.- Kurek-Górecka A, Komosinska-Vassev K, Rzepecka-Stojko A, Olczyk P. Bee Venom in Wound Healing. *Molecules*. 2020 Dec 31;26(1):148. doi: 10.3390/molecules26010148. PMID: 33396220; PMCID: PMC7795515.

3.- El-Wahed AAA, Khalifa SAM, Elashal MH, Musharraf SG, Saeed A, Khatib A, Tahir HE, Zou X, Naggar YA, Mehmood A, Wang K, El-Seedi HR. Cosmetic Applications of Bee Venom. *Toxins (Basel)*. 2021 Nov 18;13(11):810. doi: 10.3390/toxins13110810. PMID: 34822594; PMCID: PMC8625659.

Capítulo 201

Uso de Ortodoncia y su influencia en las alteraciones posturales: una revisión bibliográfica

Román Nieto, Natalia

USO DE ORTODONCIA Y SU INFLUENCIA EN LAS ALTERACIONES POSTURALES: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Natalia Román Nieto

SATSE



Introducción

La articulación temporomandibular (ATM) presenta múltiples relaciones con la columna cervical, musculatura facial y cervical y piezas dentarias. Por ello, cualquier alteración en dichas estructuras podría ser el origen de alteraciones o patologías.

Objetivos

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la relación existente entre las disfunciones temporomandibulares y la aparición de alteraciones posturales, así como la influencia sobre estas últimas del uso de ortodoncia.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Google Scholar, utilizando los términos “*ortodoncia*”, “*fisioterapia*”, “*orthodontics*” y “*physiotherapy*”, escogiendo aquellos artículos publicados desde 2010. Se seleccionaron un total de 4 artículos.

Resultados

La presencia de trastornos temporomandibulares está asociada a una serie de alteraciones posturales, tales como elevación del hombro, báscula pélvica y cabeza adelantada.¹ La aplicación de terapia miofuncional orofacial, basada en tonificación de la musculatura cervical y facial, junto a ortodoncia, resulta efectiva en la mejora de la capacidad miofuncional, así como en el desarrollo satisfactorio de la ATM.²

Según diferentes estudios, el empleo de estos dispositivos tiene relación con una posición corregida a nivel cervical, con desconocimiento de la duración de dichos efectos.³ Sin embargo, el tratamiento exclusivo con ortodoncia sin preparación previa de la musculatura está asociado con la aparición de dolor cervical, sobre todo en tratamientos de duración superior a 1 año.⁴

Conclusiones

Entre los diferentes estudios existen gran variedad de resultados. Sin embargo, en la mayoría de ellos se muestra una relación, aunque no significativa, entre la existencia de alteraciones dentarias y alteraciones posturales, así como la influencia del uso de ortodoncia.

El tratamiento conjunto entre fisioterapeutas y odontólogos podría tener beneficios en estos pacientes, pudiendo ser objeto de futuros estudios.

La poca evidencia existente impide establecer una clara relación entre las alteraciones posturales y la presencia de disfunciones mandibulares o alteraciones dentarias. Por ello, es imprescindible su estudio en futuras investigaciones.

Bibliografía

1. Espinosa de Santillana IA, García-Juárez A, Rebollo-Vázquez J, Ustarán-Aquino AK. Alteraciones posturales frecuentes en pacientes con diferentes tipos de trastornos temporomandibulares. Rev. Salud Publica. 2018;20(3):384-9.
2. Homem MA, Vieira-Andrade RG, Falci SG, Ramos Jorge ML, Marques LS. Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients: A systematic review. Dental Press J Orthod. 2014;19(4):94-9.
3. Heredia Rizo AM, Albornoz Cabello M, Piña Pozo F, Luque Carrasco A. La postura del segmento craneocervical y su relación con la oclusión dental y la aplicación de ortodoncia: estudio de revisión. Osteopatía científica. 2010;5(3):89-96.
4. Del Aguila Arteaga AR. Síndrome de dolor cervical por tratamiento de ortodoncia en pacientes con maloclusión dental clase II y III. Rev Et Vita. 2017;12(2):826-31.

Resumen: La articulación temporomandibular presenta múltiples relaciones con la musculatura cervical y facial, como con estructuras bucales. Por ello, cabría pensar que cualquier dispositivo empleado a este nivel podría influir en la aparición o corrección de alteraciones posturales. Sin embargo, pocos son los estudios que abordan dicho ámbito. De las investigaciones existentes, la mayoría de autores coinciden en que la presencia de trastornos temporomandibulares está relacionada con la aparición de alteraciones posturales. El empleo de ortodoncia para la corrección de determinados tipos de trastornos a este nivel ha demostrado efectos en la corrección de las alteraciones presentes, especialmente a nivel cervical.

Palabras Clave: Orthodontics / ortodoncia · Physical therapy modalities / fisioterapia

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad, muchas son las personas que acuden a profesionales de la odontología por el uso de ortodoncia. Sin embargo, las alteraciones bucales no están aisladas, sino que pueden estar asociadas a alteraciones posturales y de otras estructuras relacionadas a nivel bucal.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica, es conocer la relación existente entre la presencia de alteraciones posturales secundarias a alteraciones en la articulación temporomandibular y cavidad bucal, así como la influencia de las ortodoncias en estos problemas.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cochrane y Google Scholar, utilizando los términos “orthodontics”, “physiotherapy”, “ortodoncia” y “fisioterapia”. Se analizaron todos aquellos artículos publicados desde 2010, siendo un total de 4 artículos los incluidos en la revisión tras la aplicación de criterios de exclusión.

Resultados:

La presencia de alteraciones posturales en pacientes con trastornos temporomandibulares es muy frecuente. Entre ellas destacan la elevación de hombros, cabeza adelantada y basculación pélvica, por lo que un cambio de la posición craneocervical afectaría tanto a la oclusión, como a la biomecánica articular a nivel temporomandibular.

La presencia de estos trastornos temporomandibulares conlleva la colocación por parte del odontólogo de dispositivos de ortodoncia, que pudieran tener relación en esos cambios posturales. Se ha observado que el uso combinado de ortodoncia y terapia miofuncional (basada en ejercicios de la musculatura cervical y facial cuyo objetivo es la mejora del tono y movilidad) es efectivo en las alteraciones miofuncionales, provocando una mejora de la capacidad miofuncional, un crecimiento y desarrollo satisfactorio a nivel temporomandibular y en la adaptación de la dentadura al patrón de oclusión.

Diferentes estudios muestran una relación existente entre el uso de ortodoncias y la aparición de postura corregida a nivel cervical. La proyección anterior de la cabeza provoca una mayor maloclusión. Con el uso de estos dispositivos, se observó un enderezamiento de la región cervical, disminuyendo la proyección adelantada de la cabeza y, por consiguiente, la maloclusión.

Sin embargo, también se ha demostrado que el tratamiento odontológico exclusivo puede provocar la aparición del síndrome de dolor cervical por la ausencia de preparación musculoesquelética de las estructuras colindantes en tratamientos superiores a un año. De esta manera, se llega a la conclusión de que el mejor tratamiento sería la combinación de ortodoncia y correcciones posturales junto a una preparación de la zona ante los cambios que se van a producir.

Conclusiones:

La escasez de artículos que aborden el tema influye en la variedad de resultados y en la escasez de significancia de los estudios realizados. Sin embargo, la mayoría de autores coinciden en resultados.

La existencia de alteraciones bucales o dentarias influye en la aparición de alteraciones posturales, tales como proyección adelantada de la cabeza, báscula pélvica u hombro elevado. El uso de ortodoncia conlleva una mejora de esos cambios posturales. Por ello, el tratamiento debería ser multidisciplinar entre odontólogos y fisioterapeutas en la mejora de los beneficios conseguidos a dicho nivel.

Sin embargo, la poca evidencia existente impide extrapolar los resultados y establecer claras relaciones debido a la ausencia de significancia de los estudios existentes, siendo objeto de estudio de futuras investigaciones.

Bibliografía

1.- Espinosa de Santillana IA, García-Juárez A, Rebollo-Vázquez J, Ustarán-Aquino AK. Alteraciones posturales frecuentes en pacientes con diferentes tipos de trastornos temporomandibulares. Rev. Salud Publica. 2018;20(3):384-9

2.- Homem MA, Vieira-Andrade RG, Falci SG, Ramos Jorge ML, Marques LS. Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients: A systematic review. Dental Press J Orthod. 2014;19(4):94-9

3.- Heredia Rizo AM, Albornoz Cabello M, Piña Pozo F, Luque Carrasco A. La postura del segmento craneocervical y su relación con la oclusión dental y la aplicación de ortodoncia: estudio de revisión. Osteopatía científica. 2010;5(3):89-96

4.- Del Aguila Arteaga AR. Síndrome de dolor cervical por tratamiento de ortodoncia en pacientes con maloclusión dental clase II y III. Rev Et Vita. 2017;12(2):826-31

Capítulo 202

Uso de tapones desinfectantes como medida de prevención de infecciones asociadas a CVC en unidades críticas neonatales

González López, Amanda

INTRODUCCIÓN

La sepsis asociada a catéteres vasculares centrales (CVC) es una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) más frecuentes en las UCIs neonatales (UCIN) especialmente en recién nacidos pretérmino (RNPT). Suponen un 45% de las muertes durante la segunda semana de vida en los RNPT de muy bajo peso.

En España, el año 2017 se registraron 471 episodios de sepsis en UCIN, de los cuales 83% de ellas se asoció al uso de CVC¹.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es el de analizar el uso de los tapones desinfectantes en los catéteres venoso centrales en unidades cuidados intensivos neonatales como medida de prevención de infecciones.



METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos en inglés en bases de datos como PubMed, Google scholar, Scielo desde el año 2011 hasta 2022.



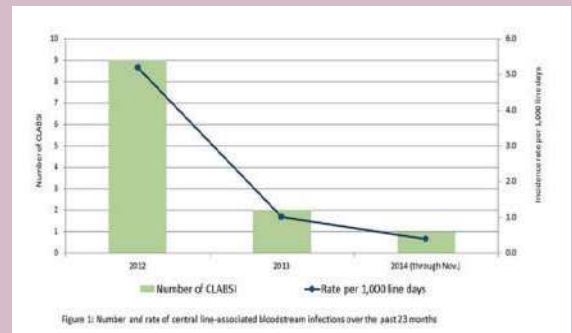
Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en inglés (MeSH) fueron: *Bacteremia / prevention & control*, *Catheter-Related Infections / prevention & control*, *Intensive Care Units, Neonatal*, *Disinfection / methods*, y como operador booleano AND.

RESULTADO

Los estudios demuestran que la tasa de infecciones asociadas a CVC disminuyó hasta un 40% con el uso de tapones desinfectantes con alcohol al 70%².

En un estudio pre-post se observó la reducción de la infección hasta un 92% gracias a una intervención basada en la evaluación diaria de la necesidad de los dispositivos centrales,

comprobación de la inserción y mantenimiento del CVC, así como utilización de tapones desinfectantes^{3,4}.



CONCLUSIONES

Las medidas de mejora de la calidad y la atención basada en la evidencia para los CVC son eficaces para reducir las tasas de infección asociadas con la vía central. Existen numerosos estudios que abalan la efectividad de dichas medidas como prevención de las IRAS asociadas a los CVC. El uso de tapones desinfectantes en los accesos venosos en la población neonatal, entre otras, es una medida eficaz para disminuir las infecciones asociadas a dichos catéteres.

- Madrid-Aguilar M, López-Herrera MC, Pérez-López J, Escudero-Argaluz J, Santesteban-Otazu E, Piening B, Villate-Navarro JI, Pijoán-Zubizarret JI. Implementación de NeoKissEs en España: un sistema validado de vigilancia del a sepsis nosocomial en recién nacidos de muy bajo peso. *Anales de pediatría*. 2019;91 (1): 3-12. DOI: 10.1016/j.anpedi.2018.06.020.
- Merrill KC, Sumner S, Linford L, Taylor C, Macintosh C. Impact of universal disinfectant cap implementation on central line-associated bloodstream infections. *Am J Infect Control*. 2014 Dec;42(12):1274-7. doi: 10.1016/j.ajic.2014.09.008. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25465256.
- Karam-Howlin R, Fede A, Gibbs K, Bravo N, Wallach F, Patel G. Successful Decrease of Central Line Associated Bloodstream Infections in an Urban Neonatal Intensive Care Unit Using a Pediatric-specific Interdisciplinary Approach. *Am J Infect Control*. 2015; 43(6): S58.
- Rallis, Dimitrios; Karagianni, Paraskevi; Papakotoula, Ifigeneia; Nikolaidis, Nikolaos; Tsakalidis, Christos (2015). *Significant reduction of central line-associated bloodstream infection rates in a tertiary neonatal unit*. *American Journal of Infection Control*, 0, S0196655315011578-. doi:10.1016/j.ajic.2015.10.040

Resumen: Las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales son una preocupación alarmante en las unidades críticas neonatales, ya que suponen 45% de las muertes durante la segunda semana de vida en recién nacidos pretérmino, especialmente de muy bajo peso. El objetivo de esta revisión es el de analizar el uso de tapones desinfectantes en los catéteres venosos centrales como medida de prevención. Varios estudios han demostrado la efectividad de los tapones desinfectantes impregnados con alcohol isopropílico al 70% y el descenso de las infecciones asociados a dichos catéteres.

Palabras Clave: Unidad de cuidados neonatal, catéteres vasculares centrales, infección asociada al catéter central, tapones desinfectantes

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sepsis asociada a catéteres vasculares centrales (CVC) es una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) más frecuentes en las UCIs neonatales (UCIN) especialmente en RNPT. Suponen un 45% de las muertes durante la segunda semana de vida en los RNPT de muy bajo peso. En España, el año 2017 se registraron 471 episodios de sepsis en UCIN, de los cuales 83% de ellas se asoció al uso de catéteres vasculares centrales (CVC)¹

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es el de analizar el uso de los tapones desinfectantes en los catéteres venoso centrales en unidades cuidados intensivos neonatales como medida de prevención de infecciones nosocomiales

Metodología:

Revisión bibliográfica de artículos en inglés en bases de datos como PubMed, Google scholar, Scielo desde el año 2011 hasta 2023. Los Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) para la búsqueda en inglés (MeSH) fueron: Bacteremia / prevention & control, Catheter-Related Infections / prevention & control, Intensive Care Units, Neonatal, Disinfection / methods, y como operador booleano AND.

Titulo	Autores	Tipo estudio	Año	Resultados
Impact of universal disinfectant cap implementation on central line-associated bloodstream infections	Merrill KC, Sumner S, Linford L, Taylor C, Macintosh C	quasi-experimental	2014	El uso de tapones desinfectantes en los catéteres venosos se asoció con una disminución de las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales y a una reducción de los costes asociados.
Reduction of Central Line Associated Bloodstream Infection (CLABSI) in a Neonatal Intensive Care Unit with Use of Access Site Disinfection Caps	Alice Pong, MD, Cindy Salgado, BSN, PHN, MBA, CIC, Mark Speziale, MD, PhD, Peggy Grimm, MS, RNC-NIC and Chris Abe, BSN, CIC	Estudio retrospectivo	2011	La tasa de CLABSI disminuyó de 0,93 infecciones por 1000 días de línea a 0,30 por 1000 días de línea (68%).
Significant reduction of	Dimitrios Rallis MD	Estudio	2015	Las tasas de CLABSI disminuyeron

central line–associated bloodstream infection rates in a tertiary neonatal unit	*, Paraskevi Karagianni MD, PhD, Ifigeneia Papakotoula RN, Nikolaos Nikolaidis MD, PhD, Christos Tsakalidis MD, PhD	prospectivo		significativamente después la intervención, de 12 casos por 1.000 días de catéter vascular central (CVC) durante el período previo a la intervención a 3,4 casos por 1.000 días CVC durante el período posterior a la intervención (p = 0,004)
Decreasing the Incidence of Central Line-associated Blood Stream Infections Using Alcohol-impregnated Port Protectors in a Neonatal Intensive Care Unit	Danielson B, Williamson S, Kaur G, Johnson N.	Estudio pre-post	2013	Se comparó los índices de infección normalizados en pacientes antes y después de la intervención. Se observó una reducción (p<0,04) de los catéteres asociados a vías centrales tras la instauración de dispositivos de tapones desinfectantes curos

Resultados y Conclusiones:

Los estudios demuestran que la tasa de infecciones asociadas al catéter venoso central disminuyó hasta un 40% con el uso de tapones desinfectantes con alcohol al 70%². En un estudio pre-post se observó la reducción de la infección hasta un 92% gracias a una intervención basada en la evaluación diaria de la necesidad de los dispositivos centrales, comprobación de la inserción y mantenimiento del catéter, así como utilización de tapones desinfectantes^{3,4}.

Las medidas de mejora de la calidad y la atención basada en la evidencia para los catéteres vasculares centrales son eficaces para reducir las tasas de infección asociadas con la vía central. Existen numerosos estudios que abalan la efectividad de dichas medidas como prevención de las IRAS asociadas a los CVC. El uso de tapones desinfectantes en los accesos venosos en la población neonatal, entre otras, es una medida eficaz para disminuir las infecciones asociadas a dichos catéteres.

Bibliografía

1.- Madrid-Aguilar M, López-Herrera MC, Pérez-López J, Escudero-Argaluz J, Santesteban-Otazu E, Piening B, Villate-Navarro JI, Pijoán-Zubizarret JI. Implementación de NeoKissEs en España: un sistema validado de vigilancia de la sepsis nosocomial en recién nacidos de muy bajo peso. *Anales de pediatría*. 2019;91 (1): 3-12. DOI: 10.1016/j.anpedi.2018.06.020.

2.- Merrill KC, Sumner S, Linford L, Taylor C, Macintosh C. Impact of universal disinfectant cap implementation on central line-associated bloodstream infections. *Am J Infect Control*. 2014 Dec;42(12):1274-7. doi: 10.1016/j.ajic.2014.09.008. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25465256.

3.- Karam-Howlin R, Fede A, Gibbs K, Bravo N, Wallach F, Patel G. Successful Decrease of Central Line Associated Bloodstream Infections in an Urban Neonatal Intensive Care Unit Using a Pediatric-specific Interdisciplinary Approach. *Am J Infect Control*. 2015; 43(6): S58.

4.- Rallis, Dimitrios; Karagianni, Paraskevi; Papakotoula, Ifigeneia; Nikolaidis, Nikolaos; Tsakalidis, Christos (2015). *Significant reduction of central line–associated bloodstream infection rates in a tertiary neonatal unit*. *American Journal of Infection Control*, (), S0196655315011578–. doi:10.1016/j.ajic.2015.10.040

Capítulo 203

Uso y cuidados del Sistema de Manejo Fecal Flexi– Seal® en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

*Tentea, Laura Luminita
Carpintero Lozano, Soraya
López Ruiz, Cecilia María
Díaz Gallego, César
Moreno Quesada, María Esther*

USO Y CUIDADOS DEL SISTEMA DE MANEJO FECAL FLEXI- SEAL® EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

AUTORES: Tentea Laura L; Carpintero Lozano S; López Ruiz C; Díaz Gallego C; Moreno Quesada E;

INTRODUCCIÓN

El sistema Flexi-Seal® Sistema de Manejo Fecal (FMS) es una sonda de silicona blanda que se introduce por la vía rectal, quedando alojada mediante un balón de retención de baja presión en la ampolla rectal, derivando las heces a una bolsa colectora.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), este dispositivo de uso temporal está indicado en los pacientes inmovilizados hemodinámicamente inestables que tengan incontinencia fecal con heces líquidas o semilíquidas. Sin embargo, se han descrito efectos indeseables por lo que es necesario hacer una valoración continua y aportar unos cuidados específicos para reducir el número de los mismos.



OBJETIVOS

Valorar los beneficios del uso del dispositivo Flexi-Seal® en pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Estandarizar los cuidados de los pacientes críticos portadores de sonda Flexi-Seal®.

Identificar y prevenir las complicaciones asociadas al dispositivo Flexi-Seal®.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pub Med, Cuiden Scielo.

Criterios de inclusión:

- Artículos <10 años.
- Artículos en Inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Artículos de más de 10 años.

Palabras clave de búsqueda:

- "sonda rectal", "Flexi-Seal®", "incontinencia fecal".

RESULTADOS

En algunos de los casos descritos en las publicaciones, para conseguir el correcto funcionamiento de la sonda de contención temporal y evitar su obstrucción fue necesario realizar determinadas actividades.

- **Valorar** la tolerancia del paciente al dispositivo.
- **Comprobar** la consistencia de las heces y su cantidad.
- **Vigilar** el estado de la piel evitando la aparición de lesiones y, en el caso de que hayan aparecido, seguir un control de su evolución.
- **Comprobar** el correcto hinchado del globo mediante la burbuja indicadora de presión.
- **Comprobar** periódicamente la correcta colocación de la sonda verificando la posición de la marca de inserción.
- **Permeabilizar** la sonda periódicamente. Cada 8h (una vez por turno), y siempre que se sospeche obstrucción, con 20ml de agua estéril, a través del puerto de irrigación.
- En caso necesario, **administrar** enemas a través del puerto de irrigación para mantener limpia la luz de la sonda y/o fluidificar las heces.
- **Realizar** movimientos de ordeño de la sonda, al menos cada 8h (una vez por turno), para facilitar el progreso de las heces a través de la misma.
- **Sustituir** la bolsa colectora cuando sea necesario, cerrándola herméticamente con el tapón que incorpora para desecharla.
- **No utilizar** durante más de 29 días consecutivos. Si pasado este tiempo la indicación persiste, se retiraría y colocaría una nueva.
- **Registrar** en gráfica de enfermería.

CONCLUSIONES

La sonda Flexi-Seal® proporciona mejores cuidados a los pacientes críticos con incontinencia fecal, reduciendo el riesgo de aparición de UPP o lesiones por humedad y mejorando así la calidad de vida y el confort del paciente.

El uso de estos dispositivos permite desde el primer momento controlar la zona perineal y conseguir mantener la piel limpia y seca, disminuyendo el riesgo de infección. Además, facilita el manejo de los pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, manteniendo la pauta habitual de las curas y reduciendo la carga de trabajo del personal.

Por último, resulta fundamental el conocimiento de los cuidados de enfermería y del mantenimiento óptimo del mismo, para evitar o reducir posibles complicaciones indeseables.

BIBLIOGRAFÍA



Resumen: El sistema Flexi-Seal® Sistema de Manejo Fecal (FMS) es una sonda de silicona blanda que se introduce por la vía rectal quedando alojada en la ampolla rectal mediante un balón de retención de baja presión, derivando las heces a bolsa colectora.

Este sistema ha sido desarrollado para proporcionar mejores cuidados higiénicos a los pacientes críticos con incontinencia fecal, reduciendo la aparición de úlceras por presión o lesiones, mejorando el confort del paciente. Sin embargo, se han descrito efectos indeseables por lo que es necesario una valoración continua, así como aportar unos cuidados específicos para reducir el número de los mismos.

Palabras Clave: Sonda - Rectal - Flexy Seal - Incontinencia Fecal

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sistema Flexi-Seal® Sistema de Manejo Fecal (FMS) es una sonda de silicona blanda que se introduce por la vía rectal quedando alojada en la ampolla rectal mediante un balón de retención de baja presión, derivando las heces a una bolsa colectora.

Ha sido desarrollado para proporcionar mejores cuidados higiénicos a los pacientes críticos con incontinencia fecal, reduciendo el riesgo de aparición de úlceras por presión o lesiones por humedad, mejorando el confort del paciente. Sin embargo, se han descrito efectos indeseables por lo que es necesario hacer una valoración continua y aportar unos cuidados específicos para reducir el número de los mismos.

Objetivos:

- Valorar los beneficios del uso del dispositivo Flexi-Seal® en pacientes de la UCI.
- Estandarizar los cuidados de los pacientes críticos portadores de sonda Flexi-Seal®.
- Identificar y prevenir las complicaciones asociadas al dispositivo Flexi-Seal®.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden y Scielo, utilizando las palabras clave de búsqueda “sonda rectal”, “Flexy seal”, “Incontinencia fecal”. Se seleccionaron artículos de los últimos 10 años en inglés y español.

Criterios de inclusión en la búsqueda:

- Artículos <10 años.
- Artículos en inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Artículos de más de 10 años

Resultados:

El uso del Flexi-Seal® se recomienda en los pacientes de la UCI en los siguientes casos:

- Pacientes encamados con heces líquidas o semilíquidas secundarias a Nutrición enteral, infección nosocomial o comunitaria (Clostridium difficile, Salmonella, etc).
- Pacientes con lesiones en la piel en la parte posterior del muslo, región glútea y/o perineal tales como heridas quirúrgicas, úlceras por presión, quemaduras, gangrena Fournier.
- Pacientes en los que la situación clínica comprometa las movilizaciones por su riesgo potencial para su patología. Es el caso de pacientes hemodinámicamente inestables, con grave compromiso respiratorio y/o neurológico (Hipertensión intracraneal, lesionados medulares, etc.), politraumatismos graves, pacientes en decúbito prono, etc.

No se recomiendan la utilización de la sonda Flexi-Seal® en los siguientes casos:

- Menores de 18 años
- Pacientes con alteración de la mucosa rectal, lesión rectal o anal y sospecha o confirmación de tumor.
- Pacientes intervenidos de cirugía rectal en el último año.
- Pacientes con hemorroides importantes.
- Pacientes con sensibilidad o alergia a los componentes del dispositivo.
- Pacientes con deposiciones sólidas.

Las complicaciones más frecuentes del dispositivo de Flexi-Seal® son la fuga perisonda y las lesiones asociadas al dispositivo (LAD).

Probablemente tenga una relación con la presión del globo de retención del dispositivo, la cual depende del volumen de líquido que se introduce en el inflado del globo y de la Presión Intraabdominal (PIA) del paciente.

Los cuidados que se deben proporcionar a la sonda para conseguir un correcto funcionamiento y evitar las complicaciones asociadas son las siguientes:

- Valorar la tolerancia del paciente al dispositivo.
- Comprobar la consistencia de las heces y su cantidad.
- Vigilar el estado de la piel evitando las lesiones y en el caso de que hayan aparecido seguir un control de su evolución.
- Comprobar el correcto hinchado del globo mediante la burbuja indicadora de presión.
- Comprobar periódicamente la correcta colocación de la sonda verificando la posición de la marca:

· Si la línea está muy alejada del ano, es posible que el catéter se haya salido y el globo pueda ser expulsado, en este caso, hay que desinflar el globo, retirar la sonda y volver a introducirla nuevamente.

- Si la línea no es visible la sonda estará demasiado introducida. En este caso tiraremos suavemente de la sonda para recolectar el globo en el suelo anal. Se deberá comprobar también el hinchado del globo mediante la burbuja indicadora de presión.
- Lavar la sonda periódicamente. Se recomienda cada 8 horas (una vez por turno), y siempre que se sospeche obstrucción, con 20 ml de agua estéril a través del puerto de irrigación.
- Administrar enemas, en caso necesario, a través del puerto de irrigación para mantener limpia la luz de la sonda y/o fluidificar las heces.
- Realizar movimientos de ordeño de la sonda, al menos cada 8h (una vez por turno), para facilitar el progreso de las heces a través de la misma.
- Cambiaremos la bolsa colectora cuando sea necesario, cerrándola herméticamente con el tapón que incorpora para desecharla.
- No puede utilizarse durante más de 29 días consecutivos, si pasado este tiempo la indicación persiste, se retiraría y colocaría una nueva.

Registrar una vez por turno:

- Fecha de colocación de la sonda.
- Cantidad de agua utilizada en los lavados.
- Valoración de la piel.
- Cantidad y características del débito por turno.
- Fugas perisonda que se hayan podido presentar.

Retirar el dispositivo cuando:

- Se haya resultado el motivo de colocación del dispositivo de Flexi-Seal®.
- Intolerancia del dispositivo por parte del paciente.
- Si han transcurrido más de 29 días desde que se colocó la sonda. Si el proceso diarreico persiste, colocar nueva sonda Flexi-Seal®.

Conclusiones:

La sonda Flexi-Seal® proporciona mejores cuidados a los pacientes críticos con incontinencia fecal, reduciendo el riesgo de aparición de úlceras por presión o lesiones por humedad, mejorando así la calidad de vida y el confort del paciente.

El uso de estos dispositivos permite controlar la zona perineal desde el primer momento y conseguir mantener la piel limpia y seca, disminuyendo el riesgo de infección.

Por otro lado, facilita el manejo de los pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica manteniendo la pauta habitual de las curas y reduciendo la carga de trabajo siendo fundamental el conocimiento de los cuidados de enfermería y del mantenimiento óptimo del mismo, para evitar o reducir posibles complicaciones indeseables.

Bibliografía

- 1.- GNEAUPP. Protocolo de manejo del paciente crítico con diarrea [Internet]. Slideshare.net. [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/protocolo-de-manejo-del-paciente-critico-con-diarrea>
- 2.- Sánchez López MI. Nuevos dispositivos de derivación y colección fecal: efectos adversos descritos en la bibliografía. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2022];25(1):4–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-nuevosdispositivos-derivacion-coleccion-fecal-S1130239913000874>
- 3.- Sánchez López MI, Carmona Simarro JV, Gallego López JM, Álvarez Ordiales A. Evaluación clínica y hoja de registro de cuidados de enfermería del sistema de control fecal en pacientes críticos. *Enferm glob* [Internet]. 2011 [citado el 17 de mayo de 2022];10(22):0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200012
- 4.- Frade Mera MJ, Vergara Díez L, Fernández Gaute N, Casas Martín AI, Montes Gil D, Fernández Miralles MJ, et al. Profundizando en el conocimiento sobre el manejo del dispositivo para control de la eliminación fecal en el paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2013 [citado el 17 de mayo de 2022];24(1):23–35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-profundizando-el-conocimiento-sobre-el-S113023991200096X>

Capítulo 204

Vacuna del virus del papiloma humano. ¿También en hombres?

*Ruda Higuero, Alba
Lorente Cañadas, Yeneva
Vivar López-Bueno, Silvia
Mazuecos Araque, María del Pilar
Molina Torrecillas, Inmaculada
Balzanelli Duchini, Alejandro*

VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ¿TAMBIÉN EN HOMBRES?

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano, es la causa más frecuente de infección de transmisión sexual (ITS) en el mundo, alrededor de un 50% de las personas que ha tenido relaciones sexuales se infectará con el VPH, y aunque en la mayoría de casos no cause un problema de salud, hay un porcentaje (15-20%) de personas donde el virus se hace persistente y es ahí donde pueden aparecer lesiones y distintos tipos de cáncer.

El VPH está detrás del 5% de todos los cánceres que se diagnostican en ambos sexos, y del 80% de los cánceres de cérvix.

El VPH también es responsable del 100% de las verrugas genitales en ambos sexos, las cuales son benignas, pero muy frecuentes.

Podemos clasificar el VPH en dos categorías de transmisión sexual, de **bajo riesgo**, causante de verrugas en genitales, o en ano, boca o garganta y el VPH de **alto riesgo** el cual puede causar distintos tipos de cáncer, como cáncer de cervix, ano, boca, garganta, vulva, vagina y pene.

Los virus del papiloma mucosales de alto riesgo se transmiten por contacto sexual y los portadores normalmente son asintomáticos.

Actualmente en España la vacuna de VPH se administra a las mujeres entre los 9 y 14 años.

OBJETIVO

- Analizar a que población afecta el VPH.
- Analizar las posibles causas por las que no se vacuna a los varones en España.
- Investigar los beneficios que tendría vacunar a la población masculina contra el VPH.

MATERIAL Y MÉTOD

- **Base de datos:** SciELO, PubMed, Medline, El Ministerio de Sanidad y SESCAM
- **Key words:** vacuna, hombre, VPH.
- Se han aplicado distintos filtros, obtenido así artículos de los últimos 10 años, aunque en ciertas ocasiones se han usado artículos que no cumplieran este requisito por su relevancia en contenido.

RESULTADO

Tras revisar los diferentes artículos seleccionados podemos decir que el objetivo de la vacunación es conseguir la inmunidad de grupo para erradicar el virus por completo y prevenir la aparición de los tipos de cáncer y lesiones relacionados con el VPH.

El VPH está detrás del 5% de todos los cánceres que se diagnostican en **ambos sexos**, y del 80% de los cánceres de cérvix y es responsable del 100% de las verrugas genitales tanto en hombres como en mujeres, estas lesiones son benignas, pero muy frecuentes

Tanto hombres como mujeres pueden ser infectados por el virus, ambos pueden sufrir las secuelas de este y ambos pueden ser portadores.

Las vacunas utilizadas actualmente contra el VPH son profilácticas, es decir no ofrecen protección para el tipo viral para el que la persona ya está infectada. Por tanto vacunar a la población no expuesta es el objetivo principal para obtener la máxima efectividad, por ello el momento óptimo para iniciar la vacunación es antes del inicio de las relaciones sexuales.

La vacuna VPH-9 o nonavalente es la que ofrece mayor cobertura frente al cáncer de cuello de útero hasta un 90 % y proporciona una prevención de hasta un 85-95 % en los cánceres de vulva, vagina y ano relacionados con el virus. la pauta es de 3 dosis.

Actualmente en España no están incluidos los varones en el calendario de vacunación, a pesar de que los varones se infectan igual, y pueden ser transmisores y pueden sufrir lesiones genitales y distintos tipos de cáncer (orofaríngeo, ano, pene).

En distintos países de la Unión Europea la vacuna ya se está administrando en ambos sexos.

En Reino Unido ya se han conseguido eliminar nueve de cada diez casos de cáncer de cérvix en mujeres.

Las vacunas actualmente utilizadas en España son:

- Cervarix, la cual consta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y los 14 años inclusive.
- Gardasil 9 la cual consta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y 14 años incluidos. Para mayor de 14 años e inmunodeprimidos la pauta es de 3 dosis.

Ambas protegen frente a los dos tipos de papiloma más frecuentes, pero gardasil 9 incluye nueve tipos virales, ofreciendo un 90% de protección.

CONCLUSIONES

- Actualmente el VPH afecta al menos al 50% de la población sexualmente activa. Sus lesiones genitales afectan a ambos sexos, y tanto mujeres como hombres pueden desarrollar distintos tipos de cáncer tras haberse contagiado con este virus.
- Actualmente en España no están incluidos los varones en el calendario de vacunación, y esto puede deberse principalmente a dos motivos, por un lado, la Agencia Española de Tecnología Sanitaria está pendiente de resultados de un estudio sobre el coste-efectividad que supondría incluir a los varones. Y a la capacidad de producción actual de esta vacuna a nivel mundial.
- Aunque los varones se contagien y sean portadores tienen menos probabilidades de desarrollar una patología de alto riesgo asociada al virus del VPH que las mujeres, por ello se ha priorizado la inmunización en la población femenina.
- Hay que tener en cuenta que para conseguir la inmunidad de grupo y poder erradicar el virus por completo y prevenir la aparición de los tipos de cáncer y lesiones relacionados con el VPH habría que vacunar a toda la población y no solo a una parte de ella. Por tanto sería necesaria la vacunación en varones para la desaparición del virus.

Palabras Clave: VPH - Hombres- Varones- vacuna.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El virus del papiloma humano, es la causa más frecuente de infección de transmisión sexual (ITS) en el mundo, alrededor de un 50% de las personas que ha tenido relaciones sexuales se infectará con el VPH, y aunque en la mayoría de caso no cause un problema de salud, hay un porcentaje (15-20%) de personas donde el virus se hace persistente y es ahí donde pueden aparecer lesiones y distintos tipos de cáncer, su transmisión puede ser por contacto genital o cutáneo.

El VPH está detrás del 5% de todos los cánceres que se diagnostican en ambos sexos, y del 80% de los cánceres de cérvix.

El VPH también es responsable del 100% de las verrugas genitales en ambos sexos, las cuales son benignas, pero muy frecuentes.

Podemos clasificar el VPH en dos categorías de transmisión sexual, de bajo riesgo, causante de verrugas genitales, que pueden aparecer también en ano, boca o garganta y el VPH de alto riesgo el cual puede causar distintos tipos de cáncer, como cáncer de cérvix, ano, boca, garganta, vulva, vagina y pene.

Los virus del papiloma mucosales de alto riesgo se transmiten por contacto sexual y los portadores normalmente son asintomáticos.

Actualmente en España la vacuna de VPH se administra a las mujeres entre los 9 y 14 años, y los varones no están incluidos en el calendario de vacunación.

Objetivos:

Analizar a que población afecta el VPH.

Analizar las posibles causas por las que no se vacuna a los varones en España.

Investigar los beneficios que tendría vacunar a la población masculina contra el VPH.

Material y Método:

Revisión bibliográfica llevada a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, medline, google académico.

Como criterio de inclusión se ha utilizado la actualidad de dichos documentos, siendo incluidos en el trabajo los publicados en los últimos 10 años.

Resultados:

Tras revisar los diferentes artículos seleccionados podemos decir que el objetivo de la vacunación es conseguir la inmunidad de grupo para erradicar el virus por completo y prevenir la aparición de los tipos de cáncer y lesiones relacionados con el VPH.

Las vacunas utilizadas actualmente contra el VPH son profilácticas, es decir no ofrecen protección para el tipo viral para el que la persona ya está infectada.

Por tanto, vacunar a la población no expuesta es el objetivo principal para obtener la máxima efectividad, por ello el momento óptimo para iniciar la vacunación es antes del inicio de las relaciones sexuales.

La vacuna VPH-9 o nonavalente es la que ofrece mayor cobertura frente al cáncer de cuello de útero hasta un 90 % y proporciona una prevención de hasta un 85-95 % en los cánceres de vulva, vagina y ano relacionados con el virus.

Tanto hombres como mujeres pueden ser infectados por el virus, ambos pueden sufrir las secuelas de este y ambos pueden ser portadores (asintomáticos en la mayoría de casos).

Actualmente en **España no están incluidos los varones** en el calendario vacunal, a pesar de que los varones se infectan igual, y pueden ser transmisores y pueden sufrir lesiones genitales y distintos tipos de cáncer (orofaríngeo, ano, pene).

En distintos países de la Unión Europea la vacuna ya se está administrando en ambos sexos.

En Reino Unido ya se han conseguido eliminar nueve de cada diez casos de cáncer de cérvix en mujeres.

Las vacunas actualmente utilizadas en España son **Cervarix**, la cual consta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y los 14 años inclusive.

Gardasil 9 la cual consta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y 14 años incluidos. Para mayor de 14 años e inmunodeprimidos la pauta es de 3 dosis.

Ambas protegen frente a los dos tipos de papiloma más frecuentes, pero gardasil 9 incluye nueve tipos virales, ofreciendo un 90% de protección.

Conclusiones:

Actualmente el VPH afecta al menos al 50% de la población sexualmente activa.

Sus lesiones genitales afectan a ambos sexos, y tanto mujeres como hombres pueden desarrollar distintos tipos de cáncer tras haberse contagiado con este virus.

Actualmente en España no están incluidos los varones en el calendario vacunal, y esto se debe principalmente a dos motivos, por un lado, la Agencia Española de Tecnología Sanitaria está pendiente de resultados de un estudio sobre el coste-efectividad que supondría incluir a los varones.

Y a la capacidad de producción actual de esta vacuna a nivel mundial.

Aunque los varones se contagien y sean portadores tienen menos probabilidades de desarrollar una patología de alto riesgo asociada al virus del VPH que las mujeres, por ello se ha priorizado la inmunización en la población femenina.

Hay que tener en cuenta que para conseguir la inmunidad de grupo y poder erradicar el virus por completo y prevenir la aparición de los tipos de cáncer y lesiones relacionados con el VPH habría que vacunar a toda la población y no solo a una parte de ella. Por tanto, sería necesaria la vacunación en varones para la desaparición del virus.

Bibliografía

1.- Benavides Cabuya, Héctor Julio; Polo Peña, Elsa Yicelis; Rodríguez Araujo, Diana María; Tovar Rodríguez, Paola; Pineda-Marín, Claudia. Estrategias de aceptabilidad de la vacunación contra el virus del papiloma humano: una revisión sistemática. Suma Psicol. vol.27 no.2. Julio-diciembre 2020.

2.- Stanley, Margaret. Vacunación contra el VPH en niños y hombres PMID: 25424825 PMCID: PMC4186028 DOI: 10.4161/hv.29137. 2014.

3.- El VPH en los hombres es un problema de salud de las mujeres Fontenot, Holly B.; Morelock, Natalie. PMID: 22900728 DOI: 10.1111/j.1751-486X.2012.01701.

Capítulo 205

Vacunación Antigripal en la Población Pediátrica

*Rodríguez Rubio, Ana Adriana
Fernández González, Cristina
Santamaría Castro, María Isabel*

Autoras: Rodríguez Rubio, Ana Adriana, González Fernández, Cristina y Santamaría Castro, María Isabel.

Introducción/Justificación:

La gripe en el niño puede cursar de forma subclínica y en ocasiones con extremada gravedad, así como complicarse con sobreinfecciones bacterianas graves. En neonatos y lactantes la gripe puede presentarse como un síndrome febril sin foco. Los niños son el factor fundamental en la cadena de transmisión de la enfermedad, constituyendo los principales vectores de la enfermedad. Las tasas de hospitalización en los niños sanos menores de 2 años son similares o incluso superiores a las de las personas de 65 años en adelante. La gripe se contagia con facilidad de persona a persona a través de las secreciones respiratorias y a través de las manos contaminadas con estas secreciones.



¿Qué es la gripe?

La gripe es una infección respiratoria causada por virus. Cada año, millones de personas enferman de gripe. En ocasiones, causa una enfermedad leve, pero también puede ser grave e incluso mortal, especialmente para personas mayores de 65 años, recién nacidos y personas con ciertas enfermedades crónicas.



Análisis de la situación y contexto:

Las vacunas siempre han generado controversia a nivel poblacional. La actual pandemia covid ha desencadenado en la población diferentes opiniones respecto a las vacunas, pero lo que también es un hecho es que la población en general ha mostrado un mayor interés por ellas, especialmente la vacuna de la gripe. En este contexto se desarrolla este trabajo con el fin de solventar las dudas que nos transmiten nuestros pacientes, en nuestro caso sus padres o tutores legales, y facilitar la información solicitada por ellos respecto a la vacuna de la gripe. También con la finalidad de aumentar los porcentajes de vacunación antigripal contribuyendo así a disminuir la enfermedad y aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes.

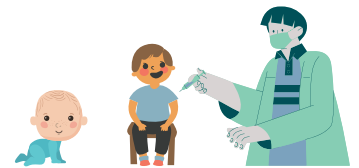


Recomendación la vacunación antigripal en la infancia:

- Niños ≥6 meses de edad y adolescentes en situaciones de riesgo o con enfermedades de base.
- Niños ≥6 meses de edad y adolescentes convivientes con personas de riesgo.
- Convivientes y contactos habituales de lactantes de <6 meses de edad.
- Profesionales de los centros sanitarios.

Material y métodos:

1. Realizar una búsqueda activa de la población susceptible de ser vacunada:
 - Informando de manera eficaz durante la consulta de salud.
 - Realizando una captación activa a través de llamada telefónica a aquellos pacientes que forman parte de determinados grupos de riesgo.
2. Vacunar a la población pediátrica, especialmente a los más vulnerables.



PROGRAMA TU VACUNACIÓN

Tipos de vacunas:  vacunas inactivadas
 vacunas atenuadas

Planificación y puesta en marcha:

Desde la consulta de pediatría del centro de salud se realiza una **campaña informativa** meses antes de que comience la temporada de vacunación antigripal. La información se proporciona por igual a todos los pacientes de la consulta, haciendo especial hincapié en aquellos que padezcan ciertas enfermedades de base que los convierte en pacientes vulnerables, entre las que cabe destacar: enfermedad respiratoria crónica (p. ej. fibrosis quística, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, asma e hiperreactividad bronquial, secuelas respiratorias de los casos graves de COVID-19, etc.), enfermedad cardiovascular grave, enfermedad metabólica crónica (p. ej. diabetes mellitus, errores congénitos del metabolismo, etc.), enfermedad crónica renal o hepática, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, enfermedad oncológica y prematuridad, mayor de 32 semanas de edad gestacional, entre los 6 y 24 meses de edad; además de otras varias.

Se informa de las dosis a administrar en función de la edad del niño y las vías de administración.

Esquema de vacunación en vacunas inactivadas:

Depende del antecedente de vacunación antigripal en temporadas previas:

Edad: 6 meses a 8 años:

Una o ninguna dosis de vacuna con anterioridad: 2 dosis, separadas al menos 4 semanas.
Dos dosis de vacuna o más con anterioridad (no es necesario que las 2 dosis previas hayan sido administradas en temporadas consecutivas): 1 dosis.

Edad: 9 años en adelante:

Cada temporada 1 dosis, independientemente de los antecedentes de vacunación antigripal en temporadas anteriores

Vías de administración según tipo de vacuna:



Vacunas inactivadas:

La principal vía de administración es la intramuscular profunda aunque también puede administrarse subcutánea profunda.



Vacunas atenuadas, de 24 meses en adelante:

Administración intranasal.

Conclusiones:

- + Porque prevenir siempre es mejor, debemos hacer un esfuerzo por transmitir la recomendación de la vacunación antigripal anual frente a la gripe estacional.
- + Con la vacunación prevenimos la enfermedad así como posibles complicaciones que de ella puedan derivarse.
- + La vacunación antigripal infantil de los niños mayores de 6 meses, no incluidos en los grupos de riesgo, es una medida preventiva recomendable ya que proporciona al niño protección individual y favorece la protección familiar y comunitaria.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción / Justificación :

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda, que afecta al aparato respiratorio. Suele aparecer en brotes a lo largo de cada invierno y es una enfermedad de distribución mundial. Cada año miles de personas enferman de gripe. Los niños son los principales transmisores de la enfermedad.

Análisis de la situación y contexto:

La actual situación pandémica covid-19 que vivimos ha suscitado en la población general cierto interés por las vacunas. La cantidad de información que solicitan los padres o tutores legales, respecto a la vacuna de la gripe, ha sido significativamente mayor en la última campaña de vacunación antigripal respecto a años previos.

Siguiendo la recomendación de los expertos, la población infantil debería vacunarse especialmente si está dentro de alguno de estos grupos:

- Niños a partir de los 6 meses de edad y adolescentes en determinadas situaciones o con enfermedades de base que supongan un riesgo aumentado de padecer complicaciones de la gripe.
- Niños y adolescentes a partir de los 6 meses que convivan con personas de riesgo.

Material y Métodos:

Se realiza una captación activa de pacientes desde la consulta de pediatría del centro de salud, tanto los que allí demandan la información, como a través de llamada telefónica por parte del profesional de salud, especialmente a aquellos pacientes que por su patología de base son más vulnerables.

Planificación y puesta en marcha:

Un par de meses antes de que empiece la campaña de vacunación, desde la consulta de enfermería se va informando a los pacientes de que la vacunación contra la gripe está cerca, así como de los beneficios que vacunarse aporta, no solo al individuo en sí, sino también a la población general.

La información se da por igual a todos los pacientes, pero se hace mayor hincapié en aquellos que tiene patología de riesgo, en los cuales la posibilidad de complicación de una gripe es aún mayor.

Conclusiones:

La vacunación antigripal proporciona no solo protección individual, sino también familiar y comunitaria.

Bibliografía

- 1.- Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. <https://vacunasaep.org>

2.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Gripe estacional. Notas descriptivas 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>

» <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>

3.- J.C. Rojo, J. Ruiz-Contreras, M.B. Fernández, M.A. Marín, L. Folgueira
Influenza-related hospitalizations in children younger than 3 years of age
Pediatr Infect Dis J., 25 (2006), pp. 596-601

4.- Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2015-2016 (desde la semana 40/2015 hasta la semana 20/2016). Sistema de Vigilancia de la Gripe en España [consultado 14 Abril 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331830300X#:~:text=http%3A//www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd%2Dservicios%2Dcientifico%2Dtecnicos/fd%2Dvigilancias%2Dalertas/fd%2Denfermedades/gripe.shtml>

5.- Comité Asesor de Vacunas de la AEP (CAV-AEP). Vacunación frente a la gripe estacional en la infancia y la adolescencia. Recomendaciones 2020-2021. AEP [Internet]. Septiembre 2020 [Consultado 9/03/2022]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunacion-antigripal-recomendaciones-CAV-2020-21>

Capítulo 206

Valoración de las nuevas tecnologías en el control de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II

*López Ruiz, Cecilia María
Díaz Gallego, César
Moreno Quesada, María Esther
Tentea, Laura Luminita
Carpintero Lozano, Soraya*

VALORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CONTROL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

AUTORES : MORENO QUESADA M.E, LÓPEZ RUIZ C.M , DÍAZ GALLEGO C, TENEA L.L, CARPINTERO LOZANO S.



INTRODUCCIÓN

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DMT2) ES UNA AFECCIÓN METABÓLICA DE CARÁCTER CRÓNICO QUE APARECE POR EL AUMENTO DE LA CONCENTRACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE, ES CAUSADA POR DEFECTOS EN LA SECRECIÓN DE INSULINA O POR LA RESISTENCIA A ÉSTA. LA DMT2 SE PRESENTA COMO UN PROBLEMA A NIVEL MUNDIAL CUYA INCIDENCIA AUMENTARÁ EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, POR ESTE MOTIVO ES NECESARIO BUSCAR NUEVAS OPCIONES PARA ABORDAR SU TRATAMIENTO. SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD DE ALTA PREVALENCIA, POR ELLO LA EVIDENCIA ACTUAL PLANTEA EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA MODIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA, PARA UN MEJOR MANEJO DE LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD.

Objetivos

Revisar y analizar la evidencia científica disponible para hacer una valoración de la efectividad de las nuevas tecnologías utilizadas en el control y seguimiento de los pacientes con DMT2.

Material y Método

Revisión sistemática en Medline, Pubmed, CINAHL, Instituto de Joanna Briggs, Biblioteca Cochrane e Instituto Médico Español.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Publicados entre los años 2012-2022

Idioma Castellano e ingles

Ensayos clínicos aleatorizados controlados, sin grupo control, no aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Se han utilizado 11 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Efectividad de las nuevas tecnologías

TECNOLOGÍAS	HbA1c	BENEFICIOS
TELEMONITORIZACIÓN	↓	Mejor control metabólico Aumenta la motivación del paciente Mayor aceptación del paciente
TELEMETRÍA	↓	Mejora la glucemia preprandrial Mas adherencia al tratamiento
APLICACIONES SMARTPHONE	↓	Mejor glucemia pre y postprandrial Mejor control glucémico
COMBINADAS	↓	Mejor control metabólico Mejores glucemias en ayunas Mayor adherencia al tratamiento Disminución de la tasa de hipoglucemia

RESULTADOS

La bibliografía revisada evidencia la efectividad de las nuevas tecnologías para el control de la DMII. Esta bibliografía demuestra que la telemonitorización, telemedicina y las aplicaciones para Smartphone son eficaces, mostrando mejoras a nivel metabólico, cardiovascular, disminuyendo visitas y costes de atención médica.



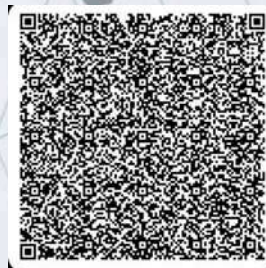
CONCLUSIONES

La telemonitorización, telemedicina y aplicaciones para Smartphone se consolidan actualmente como una medida eficaz en la atención médica habitual demostrando mejoras a nivel metabólico, destacando que su utilización disminuye significativamente los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), otra mejora que destacar en cuanto a la relación factor de riesgo cardiovascular con la DMII es la disminución del índice de masa muscular, la presión arterial o el perfil lipídico.

Las intervenciones telefónicas, la monitorización de glucemia vía internet y la transmisión automática de los valores glucémicos a través del Smartphone supone mejoras con respecto a la atención convencional.

Como cualquier avance científico y/o tecnológico requiere de profesionales actualizados tanto en técnicas como en conocimientos, de esta forma podrán incorporar las herramientas necesarias para realizar un buen control y seguimiento de este tipo de paciente, ofreciendo una atención segura, eficaz y de calidad. Aún así se ha de seguir investigando sobre el impacto de las nuevas tecnologías en la salud de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA



Resumen: La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) se considera una afección metabólica crónica que cursa con hiperglucemias bien por el déficit o por la resistencia a la insulina. La DMT2 es un problema mundial cuya prevalencia aumentará en los próximos años, por ello es necesaria la búsqueda de nuevas alternativas que aborden el tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta patología. Las nuevas tecnologías como la telemonitorización, telemedicina o las aplicaciones para Smartphone modifican los estilos de vida, provocando un mejor manejo y control de la enfermedad.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2 - Telemonitorización - Telemedicina.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una afección metabólica de carácter crónico que aparece por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, es causada por defectos en la secreción de insulina o por la resistencia a ésta. La DMT2 se presenta como un problema a nivel mundial, cuya incidencia aumentará en los próximos años, por este motivo es necesario buscar nuevas opciones para abordar su tratamiento. Se trata de una enfermedad de alta prevalencia, por ello la evidencia actual plantea el uso de nuevas tecnologías, en la modificación de los estilos de vida, para un mejor manejo de los pacientes con esta enfermedad.

Objetivo:

Revisar y analizar la evidencia científica disponible para hacer una valoración de la efectividad de las nuevas tecnologías utilizadas en el control y seguimiento de los pacientes con DMT2.

Material y Método:

Revisión sistemática en Medline, Pubmed, CINAHL, Instituto de Joanna Brigs, Biblioteca Cochrane e Instituto Médico Español. Publicados entre los años 2012-2022. Ensayos clínicos aleatorizados controlados, sin grupo control, no aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Se han utilizado 11 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados:

La bibliografía revisada evidencia la efectividad de las nuevas tecnologías para el control de la DMT2. Esta bibliografía demuestra que la telemonitorización, telemedicina y las aplicaciones para Smartphone son eficaces, mostrando mejorías a nivel metabólico y cardiovascular, disminuyendo visitas y costes de atención médica.

La telemonitorización en pacientes con DMT2 se asocia a una reducción significativa de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), siendo una estrategia prometedora en cuanto al control metabólico. Estudios demuestran respecto a los pacientes un aumento motivacional y de aceptación. En el ámbito de la telemedicina, se muestran mejoras de los niveles de HbA1c y de las glucemias plasmáticas postprandiales. Las aplicaciones para Smartphone evidencian una mejor adherencia al tratamiento, mejoran los niveles de HbA1c y de glucemias preprandiales, relacionando beneficios con el control glucémico.

Conclusiones:

La telemonitorización, telemedicina y aplicaciones para Smartphone se consolidan actualmente como una medida eficaz en la atención médica habitual demostrando mejoras a nivel metabólico, destacando que su utilización disminuye significativamente los niveles de HbA1c, otra mejora que destacar en cuanto a la relación factor de riesgo cardiovascular con la DMT2 es la disminución del índice de masa muscular, la presión arterial o el perfil lipídico.

Las intervenciones telefónicas, la monitorización de glucemia vía internet y la transmisión automática de los valores glucémicos a través del Smartphone supone mejoras con respecto a la atención convencional.

Como cualquier avance científico y/o tecnológico requiere de profesionales actualizados tanto en técnicas como en conocimientos, de esta forma podrán incorporar las herramientas necesarias para realizar un buen control y seguimiento de este tipo de paciente, ofreciendo una atención segura, eficaz y de calidad. Aun así se ha de seguir investigando sobre el impacto de las nuevas tecnologías en la salud de los pacientes.

Bibliografía

1.- Kim Y. Park JE. Lee BW. Jung CH. Park DA. Comparative effectiveness of telemonitoring versus usual care for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2019; 25(10):587–601.

2.- Wild SH. Hanley J. Lewis SC. McKnight JA. McCloughan LB. Supported Telemonitoring and Glycemic Control in People with Type 2 Diabetes: The Telescot Diabetes Pragmatic Multicenter Randomized Controlled Trial. *PLoS Med*. 2016; 13(7):1–16.

3.- Dario C. Toffanin R. Calcaterra F. Saccavini C. Stafylas P. Telemonitoring of Type 2 Diabetes Mellitus in Italy. *Telemed e-Health*. 2017; 23(2):143–52.

4.- Hanley J. Fairbrother P. McCloughan L. Pagliari C. Paterson M. Qualitative study of telemonitoring of blood glucose and blood pressure in type 2 diabetes. *BMJ Open*. 2015; 5(12):1–9.

5.- Warren R. Carlisle K. Mihala G. Scuffham PA. Effects of telemonitoring on glycaemic control and healthcare costs in type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2018; 24(9):586–95.

Capítulo 207

Valoración del conocimiento de consumo de cafeína y de las recomendaciones recibidas en pacientes con hipertensión arterial primaria

*Alcázar Pérez, Alberto
Maján Sesmero, Antonio
Messia de la Cerda Mendoza, María*

VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE CAFEÍNA Y DE LAS RECOMENDACIONES RECIBIDAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA

SATSE

AUTORES: ALCÁZAR PÉREZ, A. MAJÁN SESMERO, A. MESSIA DE LA CERDA MENDOZA, M

INTRODUCCIÓN

- La HTA es uno de los problemas de salud más relevantes. En 2025, el 29% de la población adulta mundial será hipertensa.
- Un factor de interés es el consumo de cafeína, representado por el café ya que es una de las bebidas más populares del planeta con un consumo de 6,7 millones de toneladas/año
- La relación entre Presión Arterial y consumo de café ha sido analizada en multitud de estudios y estos indican que un consumo de 1-3 tazas de café/día en los pacientes diagnosticados de HTA no produce más riesgo de tener PA descontrolada ni de sufrir un evento cardiovascular
- Sin embargo, hoy día la cafeína continúa siendo eliminada o disminuida en pacientes con HTA que tenían un consumo moderado y habitual

OBJETIVOS

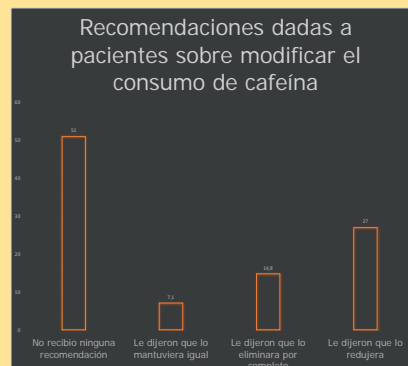
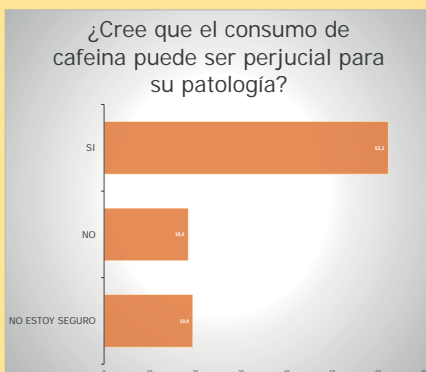
- Determinar el conocimiento que poseen los pacientes diagnosticados de HTA primaria sobre el consumo de cafeína
- Conocer el consumo de cafeína que tienen los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial primaria
- Determinar si los pacientes con hipertensión arterial reciben educación sanitaria y por quién es dada

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes con HTA primaria de la localidad de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 196 pacientes mediante muestreo aleatorio simple.
- Criterios de inclusión: 18-65 años, diagnosticado de HTA, pertenecer a la GAI de Ciudad Real y no haber sufrido un ingreso hospitalario en el último año relacionado con HTA.
- Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, consumo de cafeína, creencia sobre el consumo de cafeína y educación sanitaria recibida por profesionales sanitarios.
- La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria.
- El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

- Se obtuvieron 196 cuestionarios válidos.
- La edad media fue de 54,91 años (mínimo 21 y máximo 65).
- En cuanto al sexo, 53% eran varones y 47% mujeres.
- Un 55,6% tenían patologías CV asociadas (sobre todo dislipemias, obesidad y diabetes).
- Un 29,1% eran fumadores.
- Un 58,2% consume cafeína de forma habitual: 40,3% café normal, 23% café descafeinado, 18,9% refrescos tipo cola y un 5,6% té. El 12,2% restante consumía cafeína combinación de estos.
- El consumo más común se situaba entre 1-3 tazas/día con un 37,8%.
- El lugar de consumo más común era el domicilio con un 35,7%.
- Un 62,2% cree que el consumo de cafeína puede ser perjudicial para su patología.
- Un 27% y un 14,8% recibió recomendaciones de que debían reducir y eliminar el consumo, respectivamente.
- 49,5% ha variado su consumo de cafeína a menor desde el diagnóstico.
- Un 58,7% afirma que acude al centro de salud al menos 1 vez/año para control. De ellos, un 43,4% nunca ha recibido educación sanitaria acerca del consumo de cafeína en esas visitas.
- Un 13% ha recibido educación sanitaria por parte de medicina y un 87% por parte de enfermería.



CONCLUSIONES

- Gran parte de los pacientes tienen un conocimiento inadecuado acerca del consumo de cafeína a pesar de los estudios que afirman que un consumo habitual y moderado de cafeína no tiene ningún efecto perjudicial para la HTA, ni aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Muchos pacientes reducen al mínimo su consumo de cafeína o incluso lo eliminan por completo. Casi todos al recibir estas recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria.
- Casi toda la educación sanitaria ha sido dada por enfermería, aunque muchos pacientes nunca la han recibido.

Resumen: Según diversos estudios un consumo habitual de 2-3 tazas de café/día no aumenta las cifras de presión arterial. La prohibición o la disminución del consumo de cafeína en los pacientes con HTA que posean un consumo habitual pueden no tener ningún efecto beneficioso. El objetivo de este estudio es determinar el conocimiento que poseen los pacientes diagnosticados de HTA primaria sobre el consumo de cafeína. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal dirigido a pacientes diagnosticados de HTA en la localidad de Ciudad Real. Se diseñó un cuestionario ad hoc sobre el consumo de cafeína y educación sanitaria recibida

Palabras Clave: Hipertensión Esencial - Cafeína - Educación en Salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

A día de hoy, la hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas de salud más relevantes y comunes en todo el mundo. Se ha establecido que aproximadamente, dentro de 3 años, para el 2025, el 29% de la población adulta a nivel mundial, o cerca de 1.560 millones de personas, desarrollarán hipertensión arterial.

Es bien conocido que la dieta junto con otros factores relacionados con el estilo de vida como ejercicio físico, niveles de ansiedad, etc. tienen un papel fundamental en el control de la presión arterial y de la hipertensión. Otro factor dietético que posee mucho interés en el tema de la presión arterial es el consumo de cafeína representado a través de su máximo exponente que es el café. El café es una de las bebidas más populares del planeta, con un consumo a nivel global de 6,7 millones de toneladas por año. Tanto es así, que el café es junto al agua la bebida más consumida por los seres humanos. Según datos de la Asociación Nacional del Café en Estados Unidos cada día se consumen alrededor de 2.250 millones de tazas en todo el mundo, lo que supone un total de alrededor de 500.000 millones de tazas al cabo de un año.

La relación entre la presión arterial y el consumo de café se publicó por primera vez hace casi 90 años y ha sido analizada en multitud de estudios y metanálisis. En resumen, los resultados de los estudios reflejados indican que un consumo de 1-3 tazas de café por día en la mayor parte de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial no produce un incremento del riesgo de padecer presión arterial descontrolada (incluido la aparición de un perfil de presión arterial “non dipper”), ni del riesgo de sufrir un evento relacionado con enfermedades cardiovasculares.

No obstante, hoy en día la cafeína continúa siendo vetada o disminuida en muchos pacientes que son diagnosticados de hipertensión arterial que venían presentando un consumo moderado y habitual antes de ser diagnosticados de dicha patología. Esto podría estar provocado por la creencia generalizada de que la cafeína provoca un impacto negativo sobre la tensión arterial, así como por una falta de actualización de conocimientos por parte de los profesionales de atención primaria que como hemos mencionado anteriormente, son los responsables de proporcionar al paciente las recomendaciones sobre la dieta y el estilo de vida que debe llevar.

Objetivos:

- Determinar el conocimiento que poseen los pacientes diagnosticados de HTA primaria sobre el consumo de cafeína
- Conocer el consumo de cafeína que tienen los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial primaria
- Determinar si los pacientes con hipertensión arterial reciben educación sanitaria y por quién es dada.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes con HTA primaria de la localidad de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 196 pacientes mediante muestreo aleatorio simple.

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18-65 años, estar diagnosticado de HTA, pertenecer a la GAI de Ciudad Real y no haber sufrido un ingreso hospitalario en el último año relacionado con HTA.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, consumo de cafeína, creencia sobre el consumo de cafeína y educación sanitaria recibida por profesionales sanitarios. La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson

Resultados:

- Se obtuvieron 196 cuestionarios válidos.
- La edad media fue de 54,91 años (mínimo 21 y máximo 65).
- En cuanto al sexo, 53% eran varones y 47% mujeres.
- Un 55,6% tenían patologías CV asociadas (sobre todo dislipemias, obesidad y diabetes).
- Un 29,1% eran fumadores.
- Un 58,2% consume cafeína de forma habitual: 40,3% café normal, 23% café descafeinado, 18,9% refrescos tipo cola y un 5,6% té. El 12,2% restante consumía cafeína combinación de estos.
- El consumo más común se situaba entre 1-3 tazas/día con un 37,8%.
- El lugar de consumo más común era el domicilio con un 35,7%.
- Un 62,2% cree que el consumo de cafeína puede ser perjudicial para su patología.
- Un 27% y un 14,8% recibió recomendaciones de que debían reducir y eliminar el consumo, respectivamente.
- Un 49,5% ha variado su consumo de cafeína a menor desde el diagnóstico.
- Un 58,7% afirma que acude al centro de salud al menos 1 vez/año para control. De ellos, un 43,4% nunca ha recibido educación sanitaria acerca del consumo de cafeína en esas visitas.
- Un 13% ha recibido educación sanitaria por parte de medicina y un 87% por parte de enfermería.

Conclusiones:

Gran parte de los pacientes tienen un conocimiento inadecuado acerca del consumo de cafeína a pesar de los estudios que afirman que un consumo habitual y moderado de cafeína no tiene ningún efecto perjudicial para la HTA, ni aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Muchos pacientes reducen al mínimo su consumo de cafeína o incluso lo eliminan por completo. Casi todos al recibir estas recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria.

Casi toda la educación sanitaria ha sido dada por enfermería, aunque casi la mitad de los pacientes nunca la han recibido.

Bibliografía

- 1.- . Turnbull D, Rodricks JV, Mariano GF, Chowdhury F. Caffeine and cardiovascular health. Elsevier. 2017:165-85.
- 2.- Machado A, Goulart AC, Benseñor I, Lotufo P. Coffee consumption and risk of hypertension: A prospective analysis in the cohort study. 2021:542-9.
- 3.- Surma S, Oparil S. Coffee and Arterial Hypertension. 2021:38.
- 4.- Xie C, Cui L, Zhu J, Wang K, Sun N, Sun C. Coffee consumption and risk of hypertension: a systematic review and dose–response meta-analysis of cohort studies. Journal of Human Hypertension 2018. p. 83-93.
- 5.- (EHRICA) AEdEdHyRC. Guías de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular. Madrid2020.

Capítulo 208

Valoración del consumo de cafeína y de las recomendaciones dadas a pacientes con HTA en profesionales sanitarios de atención primaria

Alcázar Pérez, Alberto

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE CAFEÍNA Y DE LAS RECOMENDACIONES DADAS A PACIENTES CON HTA EN PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SATSE

AUTORES: ALCÁZAR PÉREZ, A

INTRODUCCIÓN

- La HTA es uno de los problemas de salud más relevantes. En 2025, el 29% de la población adulta mundial será hipertensa.
- Un factor de interés es el consumo de cafeína, representado por el café ya que es una de las bebidas más populares del planeta con un consumo de 6,7 millones de toneladas/año.
- La relación entre Presión Arterial y consumo de café ha sido analizada en multitud de estudios y estos indican que un consumo de 1-3 tazas de café/día en los pacientes diagnosticados de HTA no produce más riesgo de tener PA descontrolada ni de sufrir un evento cardiovascular.
- Sin embargo, hoy día la cafeína continúa siendo eliminada o disminuida en pacientes con HTA que tenían un consumo moderado y habitual.

OBJETIVOS

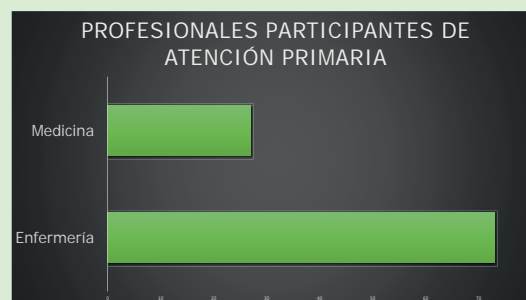
- Determinar cuáles son las recomendaciones que proporcionan los profesionales sanitarios de AP a los pacientes con HTA sobre el consumo de cafeína
- Evaluar el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios de atención primaria (médicos y enfermeros) sobre las últimas recomendaciones en el consumo de cafeína

MATERIAL Y MÉTODO

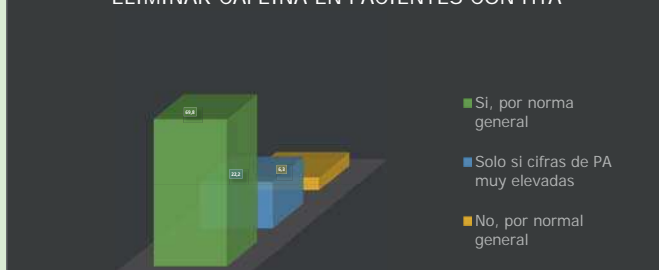
- Estudio descriptivo transversal realizado en profesionales de atención primaria (médicos y enfermeros) de la GAI de Ciudad Real.
- Se contó con una muestra de conveniencia de 63 sujetos obtenidos mediante muestreo estratificado
- Criterio de inclusión: Llevar más de un año trabajando en atención primaria
- Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, consumo de cafeína y recomendaciones proporcionadas a los pacientes con HTA sobre consumo de cafeína
- La cumplimentación del cuestionario fue anónima y voluntaria.
- El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson

RESULTADOS

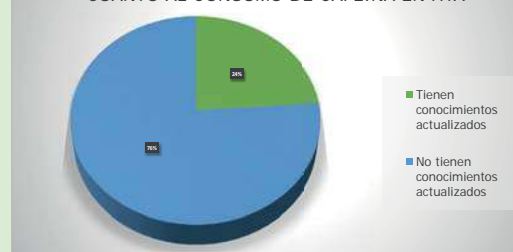
- Se obtuvieron un total de 63 cuestionarios válidos
- Un 54% eran mayores de 50 años
- En cuanto al sexo, 33% eran varones y 67% mujeres
- Un 73% eran profesionales de enfermería y 27% de medicina
- Un 13,3% estaba diagnosticado de HTA y un 65% consumía cafeína de forma habitual
- A pacientes con un consumo habitual y moderado recomiendan: 71% eliminar cafeína, 22,6% eliminarla solo si cifras de PA elevadas y 6,5% no eliminarla
- Solo un 24,2% de los profesionales considera que tiene unos conocimientos actualizados en cuanto al consumo de cafeína en pacientes con HTA
- Los que no tienen HTA tienden a recomendar más a sus pacientes que modifiquen su consumo de cafeína
- Los más jóvenes son los que más recomiendan eliminar el consumo de cafeína



RECOMENDACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ELIMINAR CAFEÍNA EN PACIENTES CON HTA



OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SI POSEEN CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS EN CUANTO AL CONSUMO DE CAFEÍNA EN HTA



CONCLUSIONES

- Gran parte de los profesionales sanitarios recomienda por normal general eliminar o reducir el consumo de cafeína en pacientes con HTA que presentan un consumo habitual y moderado
- En la mayoría de profesionales de atención primaria, tanto de enfermería como de medicina, existe un importante déficit en la actualización y renovación de conocimientos relacionados con este tema

Resumen: Según diversos estudios un consumo habitual de 2-3 tazas de café/día no aumenta las cifras de presión arterial. La prohibición o la disminución del consumo de cafeína en los pacientes con HTA que posean un consumo habitual puede no tener ningún efecto beneficioso. El objetivo de este estudio es determinar las recomendaciones que realizan los profesionales sanitarios a los pacientes diagnosticados de HTA primaria sobre el consumo de cafeína. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal dirigido a profesionales sanitarios de la GAI de Ciudad Real. Se diseñó un cuestionario ad hoc sobre el consumo de cafeína y recomendaciones que proporcionan a los pacientes

Palabras Clave: Hipertensión Esencial - Cafeína - Educación en Salud

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

A día de hoy, la hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas de salud más relevantes y comunes en todo el mundo. Se ha establecido que aproximadamente, dentro de 3 años, para el 2025, el 29% de la población adulta a nivel mundial, o cerca de 1.560 millones de personas, desarrollarán hipertensión arterial.

Es bien conocido que la dieta junto con otros factores relacionados con el estilo de vida como ejercicio físico, niveles de ansiedad, etc. tienen un papel fundamental en el control de la presión arterial y de la hipertensión. Otro factor dietético que posee mucho interés en el tema de la presión arterial es el consumo de cafeína representado a través de su máximo exponente que es el café. El café es una de las bebidas más populares del planeta, con un consumo a nivel global de 6,7 millones de toneladas por año. Tanto es así, que el café es junto al agua la bebida más consumida por los seres humanos. Según datos de la Asociación Nacional del Café en Estados Unidos cada día se consumen alrededor de 2.250 millones de tazas en todo el mundo, lo que supone un total de alrededor de 500.000 millones de tazas al cabo de un año.

La relación entre la presión arterial y el consumo de café se publicó por primera vez hace casi 90 años y ha sido analizada en multitud de estudios y metaanálisis. En resumen, los resultados de los estudios reflejados indican que un consumo de 1-3 tazas de café por día en la mayor parte de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial no produce un incremento del riesgo de padecer presión arterial descontrolada (incluido la aparición de un perfil de presión arterial “non dipper”), ni del riesgo de sufrir un evento relacionado con enfermedades cardiovasculares.

No obstante, hoy en día la cafeína continúa siendo vetada o disminuida en muchos pacientes que son diagnosticados de hipertensión arterial que venían presentando un consumo moderado y habitual antes de ser diagnosticados de dicha patología. Esto podría estar provocado por la creencia generalizada de que la cafeína provoca un impacto negativo sobre la tensión arterial, así como por una falta de actualización de conocimientos por parte de los profesionales de atención primaria que como hemos mencionado anteriormente, son los responsables de proporcionar al paciente las recomendaciones sobre la dieta y el estilo de vida que debe llevar.

Objetivos:

- Determinar cuáles son las recomendaciones que proporcionan los profesionales sanitarios de atención primaria a los pacientes con HTA sobre el consumo de cafeína
- Evaluar el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios de atención primaria (médicos y enfermeros) sobre las últimas recomendaciones en el consumo de cafeína

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal realizado en profesionales de atención primaria (médicos y enfermeros) de la GAI de Ciudad Real. Se contó con una muestra de conveniencia de 63 sujetos obtenidos mediante muestreo estratificado.

Los criterios de inclusión fueron: Pertenecer a la GAI de Ciudad Real y llevar más de un año trabajando en atención primaria.

Se elaboró un cuestionario ad-hoc sobre datos sociodemográficos, consumo de cafeína y recomendaciones proporcionadas a los pacientes con HTA sobre consumo de cafeína. La cumplimentación fue anónima y voluntaria.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. y para la estadística inferencial se empleó la Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados:

- Se obtuvieron un total de 63 cuestionarios válidos
- Un 54% eran mayores de 50 años
- En cuanto al sexo, 33% eran varones y 67% mujeres
- Un 73% eran profesionales de enfermería y 27% de medicina
- Un 13,3% estaba diagnosticado de HTA y un 65% consumía cafeína de forma habitual
- A pacientes con un consumo habitual y moderado recomiendan: 71% eliminar cafeína, 22,6% eliminarla solo si cifras de PA elevadas y 6,5% no eliminarla
- Solo un 24,2% de los profesionales considera que tiene unos conocimientos actualizados en cuanto al consumo de cafeína en pacientes con HTA
- Los que no tienen HTA tienden a recomendar más a sus pacientes que modifiquen su consumo de cafeína
- Los más jóvenes son los que más recomiendan eliminar el consumo de cafeína

Conclusiones:

Gran parte de los profesionales sanitarios recomienda por normal general eliminar o reducir el consumo de cafeína en pacientes con HTA que presentan un consumo habitual y moderado

En la mayoría de las profesionales de atención primaria, tanto de enfermería como de medicina, existe un importante déficit en la actualización y renovación de conocimientos relacionados con este tema.

Bibliografía

- 1.- Turnbull D, Rodricks JV, Mariano GF, Chowdhury F. Caffeine and cardiovascular health. Elsevier. 2017:165-85.
- 2.- Machado A, Goulart AC, Benseñor I, Lotufo P. Coffee consumption and risk of hypertension: A prospective analysis in the cohort study. 2021:542-9.
- 3.- Surma S, Oparil S. Coffee and Arterial Hypertension. 2021:38.
- 4.- Xie C, Cui L, Zhu J, Wang K, Sun N, Sun C. Coffee consumption and risk of hypertension: a systematic review and dose–response meta-analysis of cohort studies. Journal of Human Hypertension 2018. p. 83-93.
- 5.- (EHRICA) AEdEdHyRC. Guías de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular. Madrid2020.

Capítulo 209

“Valoración Inicial y Tratamiento al paciente con Quemaduras: Enfoque Enfermero”

*Sáez Goicoechea, Adriana
Honrubia Fernández, Aylén
García García, Marta*

VALORACION INICIAL Y TRATAMIENTO AL PACIENTE CON QUEMADURAS: ENFOQUE ENFERMERO

Autores: Adriana Sáez Goicoechea, Aylene Honrubia Fernandez, Marta García García

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico, químico o radiactivo que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares. El manejo del paciente quemado es aún un tema a debate a pesar de ser unas de las lesiones más comunes en el ámbito cotidiano. El conocimiento acertado respecto a etiología, profundidad y extensión de las quemaduras, marca el inicio y la base de su tratamiento

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cuyos criterios de inclusión en la búsqueda de información búsquedas a través de términos de búsqueda MeSH y términos libres y de búsqueda simple como "quemadura / burn , tratamiento de quemaduras / burn treatment, "enfermería / nursing , atención primaria / primary care.

Las bases de datos utilizadas fueron Dialnet y Google Académico .

METODOLOGÍA

RESULTADOS

La **valoración inicial** del paciente quemado marcará el desarrollo de su evolución a su llegada, así como el tratamiento de elección. Determinar:

- **HORA "CERO" (TIEMPO DE EXPOSICIÓN)**
- **AGENTE ORIGINARIO**
- **LUGAR**
- **MECANISMO DE ACCIÓN**

El "gran quemado" (>15% SCQ*), debe tratarse como paciente politraumatizado siguiendo la **secuencia ABCDE**.

El pilar de la valoración inicial es la **anamnesis**, que debe obtener información del paciente como patología basal, medicación habitual o hábitos tóxicos

Atención Primaria atiende la mayoría de quemaduras, y coordinada con centros especializados, logra un tratamiento óptimo de quemaduras menores y favorece la transición en quemaduras grandes y complejas después del alta.

La elección del tratamiento de las lesiones se lleva a cabo en la consulta de enfermería. Se recomienda la **cura húmeda**. Se debe mantener un grado relativo de humedad en el lecho de la quemadura y absorber el exceso de exudado sin resecar.

El **desbridamiento quirúrgico**, incluidas flictenas, está indicado en quemaduras profundas y el **enzimático** también en superficiales.

Se recomienda utilizar solución salina fisiológica o agua fría, pero no tanto que pueda causar hipotermia y **evitar** la povidona yodada o clorhexidina alcohólica:

- La coloración no permite ver el estado real de la lesión
- La falta de tejidos barrera permiten una mayor absorción de sus componentes.

En las quemaduras profundas hay gran pérdida de volemia por lo que se debe prestar atención a la reposición y **balance hídrico**.

El dolor se monitoriza mediante escalas como la visual analógica (EVA) o la verbal numérica (EVN). Contra el dolor leve/moderado se administran AINES, y contra el grave se asocian a opioides. El uso escalonado de los analgésicos viene representado gráficamente la escalera analgésica de la OMS.

CONTROL DE EXUDADO	CONTROL DE INFECCIÓN	CICATRIZACIÓN
HIDROCOLOIDES ESPUMAS POLIMÉRICAS	PLATA	COLÁGENOS CELULOSAS REGULADORES DE PROTEASA



BIBLIOGRAFÍA



CONCLUSIONES

Una correcta aplicación de los cuidados al paciente quemado condiciona favorablemente su recuperación sin secuelas y una evolución sin complicaciones.

El papel de enfermería en el manejo de dolor y evolución de las lesiones es muy representativo, pues es el profesional sanitario presente en todo el proceso tanto en atención especializada como en el seguimiento en su consulta en atención primaria, desde donde evalúa las necesidades y selecciona la terapia más adecuada según las características de la lesión y el paciente.

*Superficie Corporal Quemada

Resumen: El manejo del paciente quemado es todavía un tema a debate pese a ser de las lesiones más comunes en el ámbito cotidiano. El conocimiento en profundidad respecto a la etiología, profundidad y extensión de las quemaduras, marcan el inicio y la base de su tratamiento tanto a nivel hospitalario como de atención primaria y en las medidas rehabilitadoras y limitaciones de fisioterapia. La enfermería juega un papel vital en el manejo diario de estas lesiones, fundamentalmente en atención primaria, donde realiza un seguimiento completo de las lesiones eligiendo el tratamiento más adecuado de acuerdo a sus características.

Palabras Clave: Burn - Burn care - Primary care

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico, químico o radiactivo que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares causando desde una leve afectación superficial hasta la total destrucción de los tejidos afectados (epidermis, dermis, muscular).

El manejo del paciente quemado es aún un tema a debate a pesar de ser unas de las lesiones más comunes en el ámbito cotidiano. El conocimiento acertado respecto a etiología, profundidad y extensión de las quemaduras, marca el inicio y la base de su tratamiento y las medidas rehabilitadoras, si precisase. La enfermería juega un papel vital en el manejo diario de estas lesiones, fundamentalmente en atención primaria, donde realiza un seguimiento completo de las lesiones eligiendo el tratamiento más adecuado de acuerdo a sus características.

Objetivos:

- Profundizar en la valoración de enfermería y resaltar su importancia en el seguimiento de la evolución del paciente quemado
- Exponer los tratamientos más extendidos frente a quemaduras, especialmente en atención primaria
- Valorar la importancia de enfermería en el manejo del dolor en el paciente quemado

Material y Método:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cuyos criterios de inclusión en la búsqueda de información fueron artículos buscados a través de términos de búsqueda MeSH y términos libres como “paciente quemado / *burnt patient*”, “rehabilitación / *rehab*”, tratamiento de quemaduras / *burn treatment*”, “enfermería / *nursing*”.

Las bases de datos utilizadas fueron Dialnet (www.dialnet.unirioja.es), y Google Académico (www.scholar.google.es).

Resultados:

La valoración inicial del paciente quemado marcará el desarrollo de su evolución a su llegada, así como el tratamiento de elección.

Aquel con más de 15% de superficie corporal quemada (SCQ) o “gran quemado”, debe tratarse como paciente politraumatizado siguiendo la secuencia ABCDE, incidiendo sobre vía aérea (A), respiración (B) y circulación (C). Sólo cuando el paciente se encuentre estable se debe evaluar la gravedad de las quemaduras. Es muy importante determinar:

- Hora “cero” en la que se produce el accidente
- Agente originario y tiempo de exposición
- Lugar
- Mecanismo de acción del accidente

Sin embargo, la mayoría de quemaduras se reciben y tratan en atención primaria que, coordinada con centros especializados, logra un tratamiento óptimo de quemaduras menores y favorece la transición en quemaduras grandes y complejas después del alta.

El pilar de la valoración inicial es la anamnesis, enfocada en conocer las circunstancias mencionadas además de información del paciente (patologías, mediación habitual, hábitos tóxicos). En la exploración física de la lesión, según su extensión, se calculará la SCQ.

Se debe actuar sobre el agente de origen de la quemadura, separando siempre al paciente de la fuente, neutralizando su efecto y retirando ropa y joyas que puedan conservar el calor o la sustancia química en cuestión.

Para la limpieza de la quemadura, se recomienda utilizar solución salina fisiológica o agua fría, pero no tanto que pueda causar hipotermia. Se deben evitar antisépticos como la povidona yodada o clorhexidina alcohólica, ya que la coloración no permite ver el estado real de la lesión y la falta de tejidos barrera permiten una mayor absorción de sus componentes.

El desbridamiento quirúrgico, incluyendo las flictenas, es de elección en quemaduras profundas de segundo y tercer grado.

Para optimizar su resultado, se combina con el enzimático, recomendable tanto en lesiones profundas como superficiales. En quemaduras se recomienda la cura húmeda y el uso de los materiales correctos es responsabilidad de la enfermera, variando según el objetivo. El apósito ideal debe mantener un grado relativo de humedad en el lecho de la quemadura, debe ser capaz de absorber el exceso de exudado sin resecar y su retirada no debe ser traumática. Los de primera elección según la evidencia son los apósitos hidrocoloides y las espumas poliméricas, a menudo con agentes desbridantes o cicatrizantes en su composición, por su capacidad para el control del exudado, así como para favorecer la regeneración y cicatrización junto a los colágenos, celulosas y reguladores de proteasas. Para el control de infección, lo más extendido son productos con plata, ya sean apósitos, matrices o pomadas.

En las quemaduras profundas se produce una pérdida importante de volemia que puede desembocar en shock hipovolémico, por lo que en grandes quemados (>15% SCQ) cobran gran importancia la reposición y balance hídrico.

El dolor se deberá monitorizar estrechamente mediante escalas como la visual analógica (EVA) o la verbal numérica (EVN). Los fármacos de elección para el dolor leve/moderado son los AINES, pero en grandes quemados serán los opioides asociados a AINES. La administración y efectos secundarios debe vigilarlos estrechamente la enfermera. El uso escalonado de los analgésicos viene representado gráficamente en 4 niveles por la escalera analgésica de la OMS.

Las medidas no farmacológicas suelen ignorarse y las fomenta principalmente la enfermería. La aplicación de frío, hidratación, técnicas de distracción y de relajación ayudan a mitigar el dolor, a menudo combinadas con medicamentos.

Conclusiones:

Una correcta aplicación de los cuidados al paciente quemado condiciona favorablemente su recuperación sin secuelas y una evolución sin complicaciones. El correcto diagnóstico en base a la etiología, profundidad, extensión y zonas afectadas marcarán los fundamentos de los cuidados.

El papel de enfermería en el manejo de dolor y evolución de las lesiones es muy representativo; es el profesional sanitario que ve al paciente las 24 horas del día en atención especializada y realiza el seguimiento en atención primaria, vigilan signos y síntomas, ayuda al paciente a expresarse y valora las necesidades en cada momento del proceso.

Bibliografía

- 1.- Miranda Altamirano A. Uso de apósitos en quemaduras. Cirplástibero-latinoam. 2020 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000200008
- 2.- Ministerio de salud. Guía clínica manejo del paciente gran quemado. Santiago, Chile. 2016
- 3.- A.M. Garrido Calvo, P.J. Pinos Laborda, S. Medrano Sanz, M.J. Bruscas Alijalde, M.J. Moreno Mirallas, I. Gil Romea. Quemaduras. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). Dialnet. Fecha no especificada
- 4.- Ana María Montero Hernández, José María Gutiérrez Urbón. Analgesia en el paciente quemado. Universidad de A Coruña, España. 2013

Capítulo 210

Versión Cefálica Externa

*Jiménez Ramos, Carmen
Torres Torres, Rosario*

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

AUTORAS: JIMÉNEZ RAMOS, CARMEN; TORRES TORRES, ROSARIO

INTRODUCCIÓN

La **versión cefálica externa (VCE)** consiste en un conjunto de maniobras que mediante manipulación externa a través del abdomen materno buscan **transformar una presentación no cefálica en cefálica**.

La presentación no cefálica a término tiene una incidencia de entre el 3-4 %.

La finalidad de la VCE es conseguir un parto vaginal en presentación cefálica, ya que presenta mejores resultados perinatales que el parto en presentación podálica y conlleva menos riesgos que la cesárea.

Está indicada en gestantes con presentación fetal no cefálica a partir de la semana 37 y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica.

En cuanto a las contraindicaciones existe poco consenso en la literatura.

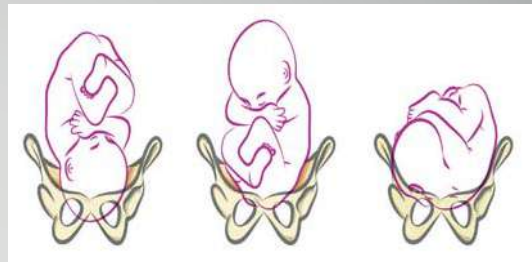
Alternativas a la VCE: Manejo expectante, maniobras posturales para facilitar la versión espontánea, moxibustión, acupuntura...

OBJETIVO

Conocer los beneficios de la VCE, factores que mejoran la tasa de éxito y posibles complicaciones

PALABRAS CLAVE

Versión cefálica externa, parto vaginal, cesárea



MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en diferentes bases de datos como Pubmed, UpToDate, Cochrane library.

RESULTADOS

- La VCE presenta un éxito global de aproximadamente un 50% siendo mayor en mujeres multíparas 60% frente a nulíparas 40%, lo que supone una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica.
- Tras una VCE exitosa el 97% de los casos continuarán en cefálica al nacimiento y en el 3% restante ocurrirá una reversión a presentación podálica.
- La versión espontánea a cefálica ocurre en un 4,3% de los intentos fallidos.
- La tasa de cesáreas continúa siendo más alta tras una VCE exitosa que en la población obstétrica general, debido a distocia y patrones de RCTG no tranquilizadores.
- Como factores predictores de éxito para conseguir el objetivo de la técnica encontramos: multiparidad, ILA >10, nalgas completas, calota fetal palpable, útero relajado, peso materno <65kg, placenta en cara posterior y ausencia de encaje de la presentación podálica.
- Para mejorar la tasa de éxito se recomienda el uso de tocolíticos durante el proceso, siendo una medida con mayor controversia la combinación de éstos con analgesia regional o bloqueo neuroaxial.
- En la literatura revisada encontramos como complicaciones asociadas a la VCE: alteraciones transitorias del RCTG, sangrado vaginal, amniorrhexis, prolapso de cordón. En general son poco frecuentes, y el beneficio supera los riesgos potenciales.
- Otras complicaciones más graves como abrupcio placentae y muerte fetal aparecen también descritas, pero en los estudios consultados no se encuentra asociación directa entre la técnica y estos eventos adversos.



CONCLUSIONES

- Se debería ofrecer VCE a toda gestante cercana al término con presentación podálica sin contraindicaciones para la técnica, dado que el riesgo de que ocurra un evento adverso como resultado de ésta es bajo y disminuye significativamente la tasa de cesáreas.
- Se recomienda VCE frente al manejo expectante u otras intervenciones.
- Se llevará a cabo en medio hospitalario donde pueda realizarse cesárea urgente en caso de que sea necesario.
- Se valorará el bienestar fetal antes, durante y después del procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. External Cephalic Version. ACOG Practice Bulletin No. 221. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2020;135:e203-12.
2. [Justus Hofmeyr, MD](#) (Apr 2022) "External cephalic version". UpToDate. Consulta 27/05/2022.
3. Cluver C, Gyte GML, Sinclair M, Dowswell T, Hofmeyr GJ. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database of systematic Reviewa 2015. Issue 2. Art. No: CD000184. www.cochranelibrary.com
4. Marimon E, Parra J, Pagés P, Muñoz M. Protocolo Versión Cefálica Externa. Protocolos Medicina Maternofetal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Deu. 2019. www.medicinafetalbarcelona.org

Resumen: *Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la versión cefálica externa (VCE) con el objetivo de conocer sus beneficios, factores que mejoran la tasa de éxito y posibles complicaciones.*

La VCE es una maniobra que se realiza para transformar una presentación no cefálica en cefálica disminuyendo así la tasa de cesáreas y partos en presentación podálica.

La bibliografía consultada concluye que debe ofrecerse la realización de esta técnica a gestantes cercanas al término con presentación no cefálica que no presenten otras contraindicaciones, dado que el riesgo de que ocurra un evento adverso es bajo y disminuye la tasa de cesáreas.

Palabras Clave: *Versión cefálica externa - Parto vaginal - Cesárea*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La versión cefálica externa (VCE) consiste en un conjunto de maniobras que mediante manipulación externa a través del abdomen materno, buscan transformar una presentación no cefálica en cefálica.

La presentación no cefálica a término tiene una incidencia de entre el 3-4 %.

La finalidad de la VCE es conseguir un parto vaginal en presentación cefálica, ya que presenta mejores resultados perinatales que el parto en presentación podálica y conlleva menos riesgos que la cesárea.

Está indicada en gestantes con presentación fetal no cefálica a partir de la semana 37 y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica.

En cuanto a las contraindicaciones existe poco consenso en la literatura.

Alternativas a la VCE: Manejo expectante, maniobras posturales para facilitar la versión espontánea, moxibustión, acupuntura...

Objetivos:

Conocer los beneficios de la VCE, factores que mejoran la tasa de éxito y posibles complicaciones.

Palabras Clave:

Versión cefálica externa, parto vaginal, cesárea.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en diferentes bases de datos como Pubmed, UpToDate, Cochrane library.

Resultados:

- La VCE presenta un éxito global de aproximadamente un 50% siendo mayor en mujeres multiparas 60% frente a nulíparas 40%, lo que supone una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica.
- Tras una VCE exitosa el 97% de los casos continuarán en cefálica al nacimiento y en el 3% restante ocurrirá una reversión a presentación podálica.
- La versión espontánea a cefálica ocurre en un 4,3% de los intentos fallidos.
- La tasa de cesáreas continúa siendo más alta tras una VCE exitosa que en la población obstétrica general, debido a distocia y patrones de RCTG no tranquilizadores.
- Como factores predictores de éxito para conseguir el objetivo de la técnica encontramos: multiparidad, ILA >10, nalgas completas, calota fetal palpable, útero relajado, peso materno <65kg, placenta en cara posterior y ausencia de encaje de la presentación podálica.
- Para mejorar la tasa de éxito se recomienda el uso de tocolíticos durante el proceso, siendo una medida con mayor controversia la combinación de éstos con analgesia regional o bloqueo neuroaxial.
- En la literatura revisada encontramos como complicaciones asociadas a la VCE: alteraciones transitorias del RCTG, sangrado vaginal, amniorrexis, prolapso de cordón. En general son poco frecuentes, y el beneficio supera los riesgos potenciales.
- Otras complicaciones más graves como abruptio placentae y muerte fetal aparecen también descritas, pero en los estudios consultados no se encuentra asociación directa entre la técnica y estos eventos adversos.

Conclusiones:

- Se debería ofrecer VCE a toda gestante cercana al término con presentación podálica sin contraindicaciones para la técnica, dado que el riesgo de que ocurra un evento adverso como resultado de ésta es bajo y disminuye significativamente la tasa de cesáreas.
- Se recomienda VCE frente al manejo expectante u otras intervenciones.
- Se llevará a cabo en medio hospitalario donde pueda realizarse cesárea urgente en caso de que sea necesario.
- Se valorará el bienestar fetal antes, durante y después del procedimiento.

Bibliografía

- 1.- External Cephalic Version. ACOG Practice Bulletin No. 221. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2020;135:e203–12.
2. G Justus Hofmeyr, MD(Apr 2022) “External cephalic versión”. Up ToDate. Consulta 27/05/2022. https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/external-cephalicversion?search=external%20cephalic%20version&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

3.- Cluver C, Gyte GML, Sinclair M, Dowswell T, Hofmeyr GJ. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic versión. Cochrane Database of systematic Reviewa 2015. Issue 2. Art. No: CD000184. www.cochranelibrary.com

4.- Marimon E, Parra J, Pagés P, Muñoz M. Protocolo Versión Cefálica Externa. Protocolos Medicina Maternofetal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Deu.



SATSE

Sindicato
de Enfermería