

Revista Española Mundo Sanitario



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

Revista Española Mundo Sanitario

Vol 4; Num 4; 2022



**Ciencia
Sanitaria.es**



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

Revista Española Mundo Sanitario

Rev. Esp. Mundo Sanit.

Vol 4; Num 4; 2022

Revista Internacional dedicada a aspectos clínicos, experimentales y básicos de la ciencia sanitaria y el mundo sanitario en general.

Edita y Distribuye: Editorial Ciencia Sanitaria

ISSN: 2695-5202

Periodicidad: trimestral

<https://libros.cienciasanitaria.es/>

Índice

1	CRISIS DE LUMBAGO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL MOVIMIENTO DE UN PACIENTE ENCAMADO VIRGINIA GONZÁLEZ GALLEGO	3
2	CASO PRÁCTICO: ANCIANO INSTITUCIONALIZADO AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ Y SUSANA LORCA GONZÁLEZ	7
3	EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO JUAN ANTONIO GONZÁLEZ BUENO	21
4	PLAN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTES. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE ORTOHEPÁTICO SUSANA LORCA GONZÁLEZ Y AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ	25
5	MANEJO DE LA CRISIS EPILÉPTICA EN EL COLEGIO. MARIA MURILLO RUBIO	33
6	ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DE LOS ERITROCITOS FRANCISCO JAVIER MARCOS SUÁREZ	37
7	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. A PROPÓSITO DE UN CASO OLALLA FRADE PEDROSA, LLUCH ESPARZA DE LA GUIA, MARTA VILLODRES MORENO Y PABLO DE FEZ FEBRÉ	43
8	CASO CLÍNICO: INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA ANA IBERO DÍAZ, AYOZE PAZ GARCÍA Y SAIOA SEMBEROIZ ARAGUES	55

9	RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS VÓMITOS EN PACIENTES DE EDAD PEDIATRICA AINHOA MENDI MARTOS, RAFAEL VIEGA MENDEZ Y ANDREA GOMEZ BORJA	61
10	RECURSOS TERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO SARA DOBAN VAZQUEZ	67
11	TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE QUEMADO CLAUDIO MENDOZA GALIANO	71
12	TRABAJO EN LA CONSULTA DENTAL A CUATRO MANOS MARIA FUERTES REY	77
13	EXTRACCIÓN DEL ÚTERO MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MILAGROS ESCALONA BELMONTE, HOSNIA DRIS MOHAMED, YOLANDA SANCHEZ RUIZ, MARÍA JESUS GUERRA CASTRO Y LAURA RUIZ FERNANDEZ	81
14	CASO CLÍNICO: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL POLITRAUMA CRISTINA VELA LUMBRERAS, NURIA FERNÁNDEZ LEÓN, MARIA ROSA BEASAIN ARANDA Y SONIA LÓPEZ JUSUÉ	85
15	PACIENTE GESTANTE DE 38 SEMANAS, FALLECIMIENTO DEL FETO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LAURA RUIZ FERNANDEZ, MILAGROS ESCALONA BELMONTE, YOLANDA SANCHEZ RUIZ, MARÍA JESUS GUERRA CASTRO Y HOSNIA DRIS MOHAMED	91
16	FALLO ORGÁNICO TRAS INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON FALLECIMIENTO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA JESUS GUERRA CASTRO, YOLANDA SANCHEZ RUIZ, MILAGROS ESCALONA BELMONTE, LAURA RUIZ FERNANDEZ Y HOSNIA DRIS MOHAMED	95

17	EXPOSICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y FORMAS DE PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS EN MUJERES EMBARAZADAS. ANDREA GOMEZ BORJA, AINHOA MENDI MARTOS Y RAFAEL VIEGA MENDEZ	99
18	TRASTORNO DE SUMINISTRO DE OXÍGENO EN UNA PERSONA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ, ASSIA AMENCHAR EL KHATIB, BÁRBARA PRADA GONZÁLEZ, ROSA MARIA PEREZ RODRIGUEZ Y EVA HEREDIA URBANO	105
19	MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA DENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ROCIO DE LA UZ FERNÁNDEZ	109
20	CÓMO LLEVAR A CABO UN CHECKLIST DE SEGURIDAD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MIRENTXU MUGUERZA AMIGORENA Y REBECA PILAR MARTÍNEZ DE MORENTIN NAVARCORENA	115
21	LA FIGURA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE NUESTRO PAÍS JULIA HERRANZ HERNANDO, VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MIRIAM RUBIO MORAL	121
22	EFICACIA DE LA VENOPUNCIÓN ECOGUIADA EN ENFERMERÍA REBECA PILAR MARTÍNEZ DE MORENTIN NAVARCORENA Y MIRENTXU MUGUERZA AMIGORENA	125
23	CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO: AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA) MARIA ROSA BEASAIN ARANDA, NURIA FERNÁNDEZ LEÓN, CRISTINA VELA LUMBRERAS Y SONIA LÓPEZ JUSUÉ	133
24	VALORACIÓN DE IMÁGENES LÍTICAS ÓSEAS A TRAVÉS DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE CARMEN CARRERA SAUSÁN, CARMEN SANROMÁN PONS, OHIANE RUBIO BARRERA Y RUTH GARZA PÉREZ	137

25	DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRANEOENCÉFALICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA OHIANE RUBIO BARRERA, CARMEN CARRERA SAUSÁN, RUTH GARZA PÉREZ Y CARMEN SANROMÁN PONS	141
26	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTE QUE VUELVE A LA VIDA BÁRBARA PRADA GONZÁLEZ, ASSIA AMENCHAR EL KHATIB, ROSA MARIA PEREZ RODRIGUEZ, EVA HEREDIA URBANO Y CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ	145
27	SINDROME DE LESION MEDULAR POR HEMANGIOMA VASCULAR. A PROPOSITO DE UN CASO RAFAEL VIEGA MENDEZ, ANDREA GOMEZ BORJA Y AINHOA MENDI MARTOS	149
28	TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL (TVC) COMO COMPLICACIÓN DE UNA PERITONITIS PURULENTA PALOMA EDROSO JARNE, LAURA SÁNCHEZ MONTORI, MARTA OLGA ASIN CORROCHANO, CARLOS MAYORDOMO GARCÍA Y IÑIGO ISERN DE VAL	155
29	MENINGOENCEFALITIS AUTOINMUNE SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO LAURA SÁNCHEZ MONTORI, MARTA OLGA ASIN CORROCHANO, PALOMA EDROSO JARNE, CARLOS MAYORDOMO GARCÍA Y IÑIGO ISERN DE VAL	161
30	PÍE DIABÉTICO: ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NURIA FERNÁNDEZ LEÓN, CRISTINA VELA LUMBRERAS, MARIA ROSA BEASAIN ARANDA Y SONIA LÓPEZ JUSUÉ	167
31	ESÓFAGO DE BARRET: PROFILAXIS Y TRATAMIENTO LORENA ARTERO PIÑERO Y NOELIA ACEVEDO CARRASCO	173
32	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PIE DE RIESGO CRISTINA CAMPOS GARCÍA	177

33 FLUOROSCOPIA EN EL DIVERTÍCULO DE ZENKER CARMEN SANROMÁN PONS, OHIANE RUBIO BARRERA, CARMEN CARRERA SAUSÁN Y RUTH GARZA PÉREZ	181
34 POLINEUROPATÍA POR CISPLATINO, A PROPÓSITO DE UN CASO SILVIA MANISCALCO MARTÍN Y EVA MARÍA AMADOR GIL	185
35 CASO CLÍNICO: NEUROPATÍA DEL NERVIO CUBITAL A NIVEL DE LA MUÑECA EVA MARÍA AMADOR GIL Y SILVIA MANISCALCO MARTÍN	189
36 EL ESOFAGOGRAMA PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALIAS EN EL ESÓFAGO NOELIA IGLESIAS	193
37 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CELADORES BUSHRA ABDERRAHAMAN LAARBI Y HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED	197
38 VITAMINA D EN TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS, EFICACIA Y SEGURIDAD MARTA DEL ROSAL LÓPEZ	201
39 EMBARAZO MÚLTIPLE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARÍA DEL PILAR GIL COLINA, LUISA ATAICH FERNÁNDEZ Y RUTH ANTON RODRIGUEZ	205
40 PIE DIABÉTICO. PREVENCIÓN Y CUIDADOS ENFERMEROS NOELIA ACEVEDO CARRASCO Y LORENA ARTERO PIÑERO	209
41 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN MUNIR MOHAMED ALI	215
42 CUIDADO AUXILIAR A PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR COVID19 Y DIAGNÓSTICO POR RADIOGRAFÍA ROSA MARIA LOPEZ VERDEJO	219

43	SONDA VESICAL: LLENADO DEL GLOBO CON AGUA DESTILADA VERSUS SUERO SALINO FISIOLÓGICO PAULA VEGA FERNÁNDEZ	223
44	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO FATIMA BUGALEM AHMED, HAYAT MOHAND HADDU Y FATIMA SOHORA ABDEL-LAH MOHAMED	227
45	DEFINICIÓN DE TRASTORNO SOMATOMORFO EN UTILIDAD CLÍNICA A REVISIÓN POR MÉDICO DE EMERGENCIAS MIZAEEL LÁZARO CUBAS ACEVEDO	231
46	MEDICINA NUCLEAR: DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE METÁSTASIS TUMORAL MEDIANTE SPECT ÓSEO RUTH GARZA PÉREZ, CARMEN CARRERA SAUSÁN, CARMEN SANROMÁN PONS Y OHIANE RUBIO BARRERA	235
47	DIABETES MELLITUS. CONCEPTOS BÁSICOS Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD ELENA CALVO SUÁREZ	239
48	MARAÑA ANORMAL DE VASOS SANGUÍNEOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NORA MOHAMED MOHAMED, FARAH ABDERRAMAN MOHATAR, VICTORIA CASTILLO LÓPEZ, LAILA ASBAI EL OUARIACHI Y MAJDA TACHFINE	249
49	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ATUENDO DE EL PERSONAL DE UN HOSPITAL FARAH ABDERRAMAN MOHATAR, MAJDA TACHFINE, NORA MOHAMED MOHAMED, VICTORIA CASTILLO LÓPEZ Y LAILA ASBAI EL OUARIACHI	253
50	QUE HACER TRAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA VICTORIA CASTILLO LÓPEZ, NORA MOHAMED MOHAMED, FARAH ABDERRAMAN MOHATAR, LAILA ASBAI EL OUARIACHI Y MAJDA TACHFINE	257

51	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ANOREXIA NERVIOSA BARBARA MOGOLLON FERNANDEZ Y LUCÍA GARCÍA VIDAL	261
52	DIAGNÓSTICO DE HIPERTESIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA LUCÍA GARCÍA VIDAL Y BARBARA MOGOLLON FERNANDEZ	267

Artículo 1

CRISIS DE LUMBAGO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL MOVIMIENTO DE UN PACIENTE ENCAMADO

VIRGINIA GONZÁLEZ GALLEGO

El lumbago es la forma coloquial de llamar a la lumbalgia. Es el dolor de la zona baja de la espalda (columna lumbar) situada entre las últimas costillas y la zona glútea, causado por alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral a ese nivel, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras.

1 Palabras clave

TCAE, lumbalgia, lumbares, ciática y movimientos.

2 Introducción

El 85% de la población va a sufrir este tipo de dolor en algún momento de su vida, siendo la inmensa mayoría de las veces de causa benigna. Hablamos de lumbalgia aguda si dura menos de 6 semanas, y lumbalgia crónica cuando la duración del dolor es superior a este periodo. Cuando el dolor sobrepasa la

zona lumbar y llega hasta los miembros inferiores hablamos de dolor lumbar irradiado. Si el dolor se extiende desde la región lumbar hasta el talón o el pie, descendiendo por la parte posterior o lateral del muslo, lo llamamos lumbo-ciática (o ciática a secas). Su presencia sugiere lesión de las raíces nerviosas que salen de la columna lumbar y llevan la sensibilidad o las órdenes para contraer los músculos a los miembros inferiores a través del nervio ciático. Si el dolor no supera la región de la rodilla no debería hablarse de ciática y su causa no suele ser la lesión de las raíces

nerviosas. Las causas son múltiples y se pueden dividir en causas de origen mecánico y causas de origen inflamatorio. Las causas de origen mecánico son, con mucho, las más frecuentes y radican en alteraciones de la mecánica y estática de las estructuras que forman la columna lumbar.

3 Objetivos

En el siguiente artículo queremos exponer los riesgos de sufrir una ciática o lumbalgia tras el movimiento de un paciente.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del TCAE. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Resultados

Las causas de origen mecánico son, con mucho, las más frecuentes y radican en alteraciones de la mecánica y estática de las estructuras que forman la columna lumbar. Las causas de origen inflamatorio tienen su origen en

determinadas enfermedades que producen una inflamación de las estructuras que forman columna vertebral. La más conocida es la espondilitis anquilosante. Otras causas menos comunes son las infecciones y los tumores. Los factores que agravan el lumbago son el sedentarismo excesivo o la falta de ejercicio, posturas inadecuadas, determinadas actividades laborales relacionadas con esfuerzo físico y la obesidad. El dolor lumbar por causas mecánicas empeora al estar mucho tiempo de pie o cuando se mantienen posturas incorrectas de forma prolongada. Al tumbarse en la cama generalmente mejora o desaparece el dolor. Sin embargo, el dolor lumbar inflamatorio aparece generalmente por la noche, de madrugada, y despierta a la persona, obligándole a levantarse de la cama. La actividad diaria, en lugar de empeorar el dolor, lo mejora y a veces lo hace desaparecer. En la lumbociática, habitualmente producida por una hernia discal (es decir, por una parte, del disco intervertebral que se desplaza y sobresale, comprimiendo al nervio que pasa a su lado), se suele producir un dolor agudo por la parte posterior del muslo y la pierna, acompañada a veces de sensación de hormigueo y a veces de falta de fuerza en la pierna dañada. El diagnóstico es sencillo y se establece según las características del dolor y la exploración física. Si el dolor dura más de 3 semanas se suele realizar una radiografía de columna.

Cuando el dolor es muy persistente a pesar del tratamiento realizado o si se sospecha alguna complicación de los nervios, puede estar justificado realizar pruebas complementarias más complejas, como el escáner o la resonancia magnética.

6 Discusión-Conclusión

La mayoría de los episodios de lumbalgia aguda son causados por el daño en músculos o ligamentos en la parte baja de la espalda. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería están muy expuestos a estas dolencias, ya que la mayoría del peso lo llevan en la espalda. Normalmente en planta a los pacientes encamados hay que realizarles cambios posturales, aseos, etc. lo que produce a largo plazo dolencias.

A veces no se puede utilizar la grúa y aunque siempre está acompañado por otro compañero y el celador, hay movimientos que si se hacen mal o una postura que no es la adecuada producen una lumbalgia.

7 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Artículo 2

CASO PRÁCTICO: ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

SUSANA LORCA GONZÁLEZ

- Introducción:

En la actualidad una gran parte de la población anciana se encuentra domiciliada en centros sociosanitarios. El cambio que se produce por la institucionalización de estos pacientes afecta a todas las esferas de su vida. Una adecuada acogida y abordaje de las patologías que padece mejora su calidad de vida y evita la aparición de ciertas enfermedades o detraimiento de su salud.

- Palabras clave:

Enfermeros y enfermeras, hogares para ancianos, ancianos, fragilidad, área de dependencia-independencia.

- Objetivo:

Mostrar un caso clínico de un anciano que ingresa en un Centro Sociosanitario de Aragón.

- Metodología:

Se estructuró en dos fases, en la primera se realizó una revisión sistemática de artículos de carácter científico. Tras una lectura crítica se procedió a la segunda fase, en la que se planteó y desarrollo un caso clínico de un anciano que cambia de domiciliación a un centro sociosanitario de Aragón.

- Conclusión:

Un adecuado abordaje enfermero es esencial para contribuir a mantener la salud de las personas y mejorar su calidad de vida dentro de los centros sociosanitarios.

1 Palabras clave

Enfermeros y enfermeras, hogares para ancianos, ancianos, fragilidad, área de dependencia-independencia.

2 Introducción

En España un alto porcentaje de ancianos son institucionalizados diariamente. Se considera la institucionalización de una persona mayor como el cambio de residencia fuera de su domicilio.

Cuando una persona cambia de domicilio y es trasladado a una residencia sociosanitaria se produce un cambio de vida que afecta a todas sus esferas. Estos centros sociosanitarios proporcionan unas características que cubren las necesidades básicas de sus usuarios. Dentro del abanico de los recursos que reportan encontramos el alojamiento, la colaboración o ayuda en las actividades básicas de la vida diaria, una atención social y una atención sanitaria.

El número de residencias de ancianos ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas. Pero pese a ello, existe una mayor demanda que plazas en estos centros sanitarios hay.

En Aragón se protege a la población, especialmente en estados de riesgo o enfermedad. La ley Aragonesa establece la garantía en la continuidad asistencial en aquellos pacientes con dependencia o en riesgo de padecerla. Los recursos son proporcionados siguiendo los prin-

cipios de equidad.

Impulsar programas de recuperación funcional en aquellas personas con pérdida de autonomía es esencial para el desarrollo de las actividades propias de la vida cotidiana, como consecuencia o asociada a la existencia de un problema de salud o de sus secuelas.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer un caso clínico real de un paciente anciano que ingresa en un centro sociosanitario de Aragón.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los dominios enfermeros que alterados.
- Establecer unos indicadores acorde.
- Citar las intervenciones a llevar a cabo para la resolución procesos patológicos presentes.
- Mostrar las actividades a realizar para evitar la aparición de ciertas enfermedades.

4 Metodología

En un primer paso se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos de Scielo, Dialnet y Google escolar. Tras un análisis crítico de publicaciones con información referente a la institucionalización de los pacientes ancianos se comenzó la segunda fase. En esta se elaboró un caso

clínico. Se utilizó una metodología observacional. Para realizar la valoración enfermera se utilizaron los dominios funcionales de Marjory Gordon. Se formularon y desarrollaron los diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía enfermera NANDA, la clasificación de Resultados (NOC) y la clasificación de Intervenciones (NIC).

5 Caso clínico

Evaluación biomédica.

Datos del paciente. Anamnesis.

- Sexo: hombre.
- Fecha de nacimiento: 14/07/1930.
- Profesión: albañil.
- Lugar de nacimiento: Villastar (Teruel).
- Domicilio: calle mayor, sin número. Villastar, cp: 44130.
- Estado civil: viudo.
- Situación familiar previa al ingreso: tiene dos hermanos, no tiene hijos. Una de sus sobrinas vive en Teruel, por lo que decide comenzar los trámites para el ingreso en la residencia Javalambre.
- Convivencia: en su hogar. Vive con una cuidadora.
- Situación legal: capaz.
- Nivel de dependencia: grado ii. Necesita ayuda para realizar varias abvd, dos o tres veces al día, sin apoyo permanente del cuidador.
- Alergias: no.
- Medicación habitual:
Metformina 850 mg.
Omeprazol 40 mg.

Paracetamol 1gr.

Bumetadina 0,5 mg.

Valsartán 80 mg.

Duphalac 10g.

Rivastigmina 1,5 mg.

- Datos médicos previos al ingreso/ antecedentes clínicos:

Hipertensión.

Obesidad.

Insuficiencia respiratoria crónica.

Insuficiencia renal.

Artrosis cervical lumbar rodillas.

Diabetes Mellitus tipo 2.

Demencia cortico subcortical.

Refiere dolor.

Constipación crónica pertinaz (estreñimiento).

Hipoacusia.

2. Valoración de enfermería.

A. Esfera física /clínica.

Exploración física. a. Constantes:

- Tensión arterial: 170 / 80 mmHg.

- Frecuencia cardíaca: 85 ppm.

- Frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto.

- Temperatura: 36,4°.

- Saturación: 92%. b. Aspecto general:

- Altura: 1,68 cm.

- Peso: 94 Kg. c. Cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales externos:

- Prótesis dental completa.

- Ruidos respiratorios crepitantes

- Dolor a la movilidad articular. Escala EVA de 8. d. Exploración neurológica:

- Nivel de conciencia: 14 orientado. e. Piel:

- Seca y enrojecida.
 - No presenta úlceras.
 - Escala de Norton: 14 Riesgo medio de sufrir úlceras por presión.
- Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre.
 - Sedimento de orina. Urocultivo.
 - Placa de tórax.
 - Electrocardiograma.

B. Esfera funcional.

Actividades básicas de la vida diaria.

- Índice de KATZ: Grado C.

Actividades instrumentales de la vida diaria.

- Índice de Lawton y Brody: Puntuación 4.

Marcha / movilidad:

- Escala de Tinetti: 20 Riesgo medio de caídas.
- Get up and Go: +25 sg, riesgo de caídas aumentado.

- Vida cama-sillón

Valoración sensorial:

- Agudeza visual ligeramente disminuida, dentro de la normalidad.
- Agudeza auditiva disminuida. Hipoacusia.

Valoración metabólica:

- Mini Nutritional Assessment: 19 riesgo de malnutrición.
- IMC: 33,3.

C. Esfera mental.

Valoración cognitiva:

- MMSE: 22 puntos. Demencia leve a moderada.
- GDS: 3. Deterioro cognitivo leve.

Valoración afectiva:

- Escala de depresión de Yesavage: 8 Depresión Leve.

Valoración del sueño:

- Nos comunica que no padece trastornos del sueño. Duerme 7 horas diarias.

D. Esfera social.

- Escala de Valoración de Gijón: 10 Existe riesgo social.

3. Plan de cuidados. Modelo de Marjory Gordon.

Dominio 1. Promoción de la salud.

Código: [00257] Síndrome de fragilidad del anciano.

Definición: estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad. o Relacionado con:

- Alteración de la función cognitiva.
- Sedentarismo.
- Enfermedad crónica.

Manifestado por:

- Deterioro de memoria.
- Déficit de autocuidados.
- Deterioro en la movilidad física.

NOC [0208] Nivel de movilidad.

NIC [20804] Movimiento articular: 4 levemente comprometido.

NOC [0300] Cuidados personales: actividades de la vida diaria.

NIC [30002] Se viste: 4 levemente comprometido; [30004] Se baña: 3 moderadamente comprometido [30006]

Higiene: 3 moderadamente comprometido [30010] Realización del traslado: 2 sustancialmente comprometido.

Intervenciones;
[6490] Prevención de caídas.

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

[1800] Ayuda al autocuidado:

- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

Dominio 2. Nutricional metabólico.
Código: [00232] Obesidad.

Definición: problema en el cual un individuo acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.

Relacionado con:

- Conducta sedentaria.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- Ingesta hipercalórica.

Manifestado por: índice de masa corporal (IMC) de 33,3.

NOC:

Resultados/indicadores:

[1004] Estado nutricional

[100402] Ingesta de alimentos: 3 desviación moderada del rango normal.

[100408] Ingesta de líquidos: 3 desviación moderada del rango normal.

NIC - Actividades:

[1050] Alimentación:

- Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.

- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.

- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.

[1260] Manejo del peso:

- Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

- Determinar el peso corporal adecuado para el usuario.

- Planificar recompensas con el individuo para recompensar el logro de objetivos a corto y largo plazo.

[5246] Asesoramiento nutricional:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción de sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

Dominio 3. Eliminación.

Código: [00011] Estreñimiento.

Definición: disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. o Relacionado con:

- Actividad física disminuida.
 - Ingesta insuficiente de líquidos.
- Manifestado por:
- Eliminación de heces duras.
 - Dificultad para eliminar las heces.

NOC [0501] Eliminación intestinal:

Indicadores [50110] Estreñimiento: 1 gravemente comprometido.

NIC - Actividades:

[0430] Control intestinal.

- Registro del patrón defecatorio.
 - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
 - Evaluar la incontinencia fecal.
- [0450] Manejo del estreñimiento/ impactación fecal.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, exceptuando si estuviera contraindicado por orden médica.
- Tratamiento farmacológico, si precisa.

Código: [00016] Deterioro de la eliminación urinaria.

Definición: disfunción en la eliminación urinaria. o Relacionado con:

- Deterioro sensitivo-motor.
- Ingesta insuficiente de líquidos. o Manifestado por:

- Incontinencia urinaria.

NOC [0503] Eliminación urinaria.

Intervenciones:

- [50301] Patrón de eliminación. 2 sustancialmente comprometido.
- [50303] Cantidad de orina. 2 sustancialmente comprometido.
- [50304] Color de la orina. 2 sustancialmente comprometida.
- [50307] Ingesta de líquidos. 2 sustancialmente comprometida.

NIC - Actividades:

[0610] Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corre-

sponda.

Dominio 4. Actividad/ejercicio.

Código: [00085] Deterioro de la movilidad física.

Definición: limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Relacionado con:

- Dolor.
 - Disminución de la fuerza muscular.
- Manifestado por:
- Dificultad para girarse.
 - Enlentecimiento del movimiento.
 - Limitación de la amplitud de movimientos.

NOC [0208] Movilidad:

Indicadores [20804] Movimiento articular: 2. sustancialmente comprometido.

NIC- Actividades

[0140] Fomentar la mecánica corporal.

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.
- Instruir sobre la utilización de colchones/sillas o almohadas firmes, si es adecuado.
- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo

prolongados.

Dominio 6. Cognitivo / perceptual.

Código: [00129] Confusión crónica.

Definición: alteración irreversible, progresiva, insidiosa y a largo plazo del intelecto, el comportamiento y la personalidad, que se manifiesta por el deterioro en las funciones cognitivas (memoria, habla, lenguaje, toma de decisiones y función ejecutiva), así como la dependencia en la ejecución de la vida diaria.

Relacionado con:

- Demencia cortico subcortical.

Manifestados por:

- Dificultad de actividades diarias y alteración de la memoria.

NOC [0920] Nivel de demencia.

Indicadores [92010] Dificultad para la resolución de problemas: 3 moderado.

[92013] Dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria: 3 moderado.

NIC - Actividades:

[4720] Estimulación cognitiva.

- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Estimular la memoria reformulando los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.

[6460] Manejo de la demencia.

- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.
- Proporcionar un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; decoración no recargada y simple, con dibujos familiares; expectativas de rendimiento que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo, y comidas en grupos pequeños).
- Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno del paciente. Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Asignar personas a cargo de los cuidados que sean familiares para el paciente (evitar rotaciones frecuentes del personal).
- Utilizar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.

Dominio 7. Autopercepción /autoconcepto.

Código: [00120] Baja autoestima situacional.

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Relacionado con:

- Alteración del rol social.
- Disminución del control sobre el entorno.
- Expectativas propias no realistas.

Manifestados por:

- Subestimación de su habilidad para gestionar la situación.

- Expresión pesimista sobre la vida.

NOC [1302] Afrontamiento de problemas.

Indicadores:

[130205] Verbaliza aceptación de la situación: 2 raramente demostrado.

[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia: 3 a veces demostrado.

NOC [1211] Nivel de ansiedad.

NIC:

[121102] Impaciencia: 2 sustancial.

[121105] Inquietud: 2 sustancial.

[121108] Irritabilidad: 3 moderado.

NIC - Actividades:

[5230] Mejorar el afrontamiento

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

- Colaborar con el usuario para descomponer los objetivos complejos en etapas más pequeñas y manejables.

[5400] Potenciación de la autoestima

- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.

- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. k [5430]

Grupo de apoyo.

- Uso de un ambiente grupal con la finalidad de proporcionar apoyo emocional e información sobre el manejo de la expresión de sentimientos y afrontamiento de situaciones estresantes.

Dominio 8. Rol / relaciones.

Código: [00058] Riesgo de deterioro de la vinculación.

Definición: vulnerabilidad a una interrupción del proceso interactivo entre el paciente y su familia, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y recíproca. o Relacionado con:

- Barreras de comunicación.
- Separación.
- Cambios en la situación habitual de convivencia.
- Falta de intimidad.

Manifestados por:

- Expresión de desesperanza.
- Verbalización de pesar por la separación familiar.

NOC [00902] Capacidad de comunicación

Indicadores:

[0090206] Reconoce los mensajes recibidos: 4 levemente comprometido.

[0090208] Intercambia mensajes con los demás: 2 sustancialmente comprometido.

[01503] Implicación social [0150303] Interacción con la familia: 3 a veces demostrado.

[0150311] Participación en actividades de ocio: 2 raramente demostrado.

NOC:

[1502] Habilidades de interacción social.

Indicadores:

[150203] Cooperación: 2 raramente demostrado.

[150206] Confrontación: 2 raramente demostrado.

[150212] Se relaciona con los demás: 3 a veces demostrado.

NIC - Actividades:

[5100] Potenciación de la sociabilización.

- Fomentar la implicación en relaciones previamente establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Animar a participar en actividades comunitarias.

- Aumentar la conciencia de las virtudes y habilidades del usuario.

- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca contacto con los demás.

[6710] Fomentar el apego.

- Reforzar las conductas de papel del cuidador.

[7560] Facilitar las visitas.

- Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente.

- Preparar el entorno para las visitas.

- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales.

- Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con sus seres queridos.

- Ofrecer el número de teléfono de la planta para que puedan llamar desde su casa.

[4362] Modificación de la conducta: Habilidades sociales

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidades sociales.

- Animar al usuario a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
 - Proporcionar seguridad al usuario.
 - Animar al paciente y a sus seres queridos a que valoren los resultados de su interacción social.
- [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
- Determinar el grado de apoyo familiar.
 - Implicar a sus seres queridos en los cuidados y la planificación de ellos.
 - Fomentar las relaciones con personas o grupo de apoyos con los mismos intereses.

Dominio 10. Adaptación / tolerancia al estrés.

Código: [00149] Riesgo de síndrome de estrés del traslado.

Definición: vulnerable a sufrir un trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro, lo que puede comprometer su salud.

Relacionado con:

- Aislamiento social.
- Cambios del entorno significativo.

Manifestados por:

- Dificultad en las relaciones sociales.
- inquietud y preocupación.

NOC:

Indicadores:

[1311] Adaptación al traslado.

[131106] Expresa satisfacción con las relaciones sociales. 3 a veces demostrado.

[131111] Muestra un estado de ánimo positivo. 2 a veces demostrado.

[131117] Participa en actividades sociales. 2 raramente demostrado.

[131121] Preocupación. 3 a veces demostrado.

NOC [1614] Autonomía personal

Indicadores:

[161401] Toma decisiones vitales informadas. 3 a veces demostrado.

NOC [0900] Cognición.

Indicadores:

[90003] Atiende. 4 levemente comprometido.

[90005] Está orientado. 3 moderadamente comprometido.

NIC - Actividades:

[5350] Disminución del estrés por traslado:

- Averiguar qué es lo más importante en la vida del individuo (p. ej., familia, amigos, objetos personales).

- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.

- Examinar con el individuo las estrategias de afrontamiento previas.

- Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento.

- Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.

[5230] Mejorar el afrontamiento.

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Colaborar con el usuario a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

6 Discusión-Conclusión

Tras realizar la valoración de enfermería por el personal del centro de salud, el paciente fue trasladado a la residencia de ancianos, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

- Dominio 1. Promoción de la salud:

Se identificaron todos los factores que favorecen caídas en el anciano y se actuó sobre ellas, de forma que el paciente conoce sus capacidades y limitaciones físicas. Desde su traslado a la residencia no ha sufrido ninguna caída y observamos que controla todos los factores influyentes.

Se le informa sobre los métodos y sistemas existentes para evitar caídas y se le enseña a utilizar sistemas de apoyo para la movilidad. Dispone de un programa personalizado de ejercicios que realiza junto con la fisioterapeuta.

Sin embargo sigue necesitando cierta ayuda por parte del personal del centro, aunque dentro de los márgenes de la normalidad teniendo en cuenta la patología y limitaciones.

- Dominio 2. Nutricional metabólico:

Su dieta ha sido modificada y ahora se corresponde con sus necesidades y gustos, en la medida de lo posible. Por el momento no presenta problemas de deglución y aunque afirma que la co-

mida del centro no es lo que le gustaría, dice que se encuentra satisfecho con la nueva dieta. Tras varias charlas informativas sobre la necesidad de tomar agua, comienza a tener la costumbre de llevar su botella de agua a todas partes e intenta beber la cantidad adecuada.

Aunque el paciente sigue teniendo un IMC por encima de lo recomendado, su peso ha disminuido; y complementando la nueva dieta con los ejercicios programados presenta una notable mejoría.

- Dominio 3. Eliminación:

Con la nueva dieta realiza deposiciones de forma más frecuente y con consistencia más adecuada, aunque sigue precisando medicación.

En cuanto a la eliminación urinaria, continúa teniendo incontinencia, pese a las medidas aplicadas: se instauran pautas regulares de uso del WC, tras cada comida y siempre que lo necesite, control de micción, uso de absorbentes,... Aunque podemos decir que el color y la cantidad se encuentran dentro de los parámetros de la normalidad.

- Dominio 4. Actividad/ejercicio:

El paciente ha corregido en gran parte sus posturas y mediante los ejercicios propuestos, muestra cierta mejora en la agilidad.

- Dominio 6. Cognitivo perceptual:

Se realiza especial incidencia en que el paciente incrementa su autonomía física. Observamos que parece entender todas las medidas que se llevan a

cabo junto con él, aunque en ocasiones le resulta difícil llevar a cabo algunas tareas ya aprendidas.

El personal encargado de su cuidado suele ser el mismo. El usuario se siente cómodo y no le preocupa mostrarse distraído o confuso con ellos, sabe que lo entenderán y le apoyarán siempre.

- Dominio 7. Autopercepción/autoconcepto

En los inicios de su ingreso, mostraba cierta preocupación, desorientación e inquietud, además de impaciencia en las tareas asignadas. Sabía que el cambio de vida iba a ser bueno para su salud, pero no le gustaba demasiado mudarse al centro.

Tras varias semanas se encuentra perfectamente integrado y aunque también le gustaba estar en su casa, dice que se encuentra a gusto y conforme.

- Dominio 8. Rol/relaciones:

Al principio, tanto en la consulta como en la residencia, no era una persona que le importase demasiado las relaciones sociales. Con el transcurso de las semanas en el centro, el paciente tiene algunos amigos aunque dice que le gusta la soledad, le ayuda a pensar.

Sin embargo el personal insiste en que tenga una buena relación social, ya que es una parte fundamental de su nivel de salud global. Hace talleres en grupo y siempre come con algún compañero, se incentiva al usuario a que convencerse con ellos.

El personal del centro intenta que mantenga el contacto con sus familiares tanto por teléfono como mediante vis-

itas periódicas.

- Dominio 10. Adaptación/tolerancia al estrés:

Aunque por sus características presentaba un riesgo elevado de síndrome de estrés del traslado, si se mostró reactivo a la nueva situación, no le gustaba la idea de cambiar de vida. Pero conforme avanzaban las semanas fue adaptándose a la nueva situación y a pesar de que sigue teniendo ciertos problemas para relacionarse, parece estar adaptándose bien a la nueva situación.

7 Bibliografía

1. Gobierno de Aragón [Internet]. Atención sociosanitaria. (acceso el 20 de octubre del 2022). Disponible en: <https://www.aragon.es/-/atencion-sociosanitaria>.
2. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>.
3. Domínguez-Ardilla A, García-Manrique A. Valoración Geriátrica Integral. ATENT FAM. 2014; 21 (1).
4. Pérez N, Mateos del Nozal, J. Valoración Geriátrica como Instrumento. En: Gil P. Manual del residente en Geriátrica. 1 ed. Madrid: ENE Life Publicidad; 2011: p.15-26.
5. Kameyama L. Valoración Geriátrica Integral. El residente. 2010; 2: 55-65.
6. Sociedad Española de Geriatria y

Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. 1 ed. Madrid: IM&C; 2007.

7. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11.^a ed. Barcelona: S.A. ELSEVIER ESPAÑA; 2019.

8. NNNConsult. NANDA-I, NOC, NIC 2021-2023. [sede Web]. [acceso el 18 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/nic/4480/126/1600/>.

Artículo 3

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

JUAN ANTONIO GONZÁLEZ BUENO

1 Palabras clave

- Quirófano.
- Funciones.
- Personal sanitario.
- Zonas del quirófano.

2 Introducción

El papel del celador en el servicio hospitalario es tan esencial como la del resto de especialistas como podremos comprobar a lo largo del presente capítulo. El celador es la figura que tiene el primer contacto con el paciente y por ello, deben tener muy claras sus funciones dependiendo del entorno en el que se encuentren, ya que aunque el celador no pueda darle información de su estado al paciente, tiene una relación muy estrecha con él al ser, como ya hemos expuesto, la primera persona que tiene contacto con el paciente, quien lo traslada de un sitio a

otro y es quien apoya al resto de personal sanitario en la atención a dichos pacientes intentando que todo se ejecute de la manera más eficaz posible y la atención sea de gran calidad.

Tal como establece la Orden del 5 de julio de 1971, el celador debe registrarse como en lo referente a sus funciones y Categoría en lo establecido en el Estatuto Personal de No sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, integrado en el grupo subalterno en la escala general.

En este capítulo, se detallan las funciones del celador tal como se establece en el artículo 14, punto 2 de dicha Orden y se habla del servicio hospitalario para ubicarlo en su entorno de trabajo y poder comprender todo un poco mejor y el trabajo que ejecuta este personal en los hospitales, tan vital como la de otros profesionales y cómo ha ido realizándolo a lo largo de los tiempos, en especial su trato con el paciente.

Además, es importante destacar la Ley

55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud en la que se establecen las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Pero en este capítulo, se desarrollará la función del celador dentro y fuera de quirófano.

3 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es determinar las funciones del celador en el quirófano, dentro y fuera de él, demostrar la gran valía o importancia de su figura en este servicio a través de su desarrollo y la necesidad de su colaboración con el resto de personal para que los pacientes obtengan el mejor trato y cuidado posible.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos artículos y capítulos de la figura del celador en el servicio de urgencias, sus funciones y sobre el funcionamiento de este servicio en general a través de internet y revistas científicas como Ocronos, II Congreso Virtual SICEPA – USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo", entre otras fuentes.

5 Resultados

Es la figura que tiene el primer contacto con el paciente y por ello, deben tener muy claras sus funciones dependiendo del entorno en el que se encuentren, ya que aunque el celador no pueda darle información de su estado al paciente, tiene una relación muy estrecha con él al ser, como ya hemos expuesto, la primera persona que tiene contacto con el paciente, quien lo traslada de un sitio a otro y es quien apoya al resto de personal sanitario en la atención a dichos pacientes intentando que todo se ejecute de la manera más eficaz posible y la atención sea de gran calidad.

El celador de quirófano es aquel que se encarga de la movilización del paciente antes y después de entrar a quirófano, pero éste tiene además otras varias funciones.

Ahora bien, qué es el quirófano y que función tiene el celador en este servicio.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) «el quirófano es una sala de operaciones. Dichas instalaciones cuentan con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención».

Los diversos sectores a los que se refiere la OMS son los siguientes:

- Zona negra.
- Zona blanca.

- Zona gris.
- Área sin limitaciones de acceso.
- Zona de intercambio.
- Zona de acceso semi-limitado.
- Sala de operaciones para pacientes ambulatorios.
- Área de cirugía para pacientes hospitalizados.
- Zona de restricción.

Así, partiendo de ambas definiciones y siguiendo al artículo de la revista científica *euroinova*, podemos decir que las funciones del celador en quirófano son las siguientes:

- Trasladar a los pacientes hasta el quirófano, transportando junto con él su historia clínica.
- Auxiliarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones. Por consiguiente, ayudará a colocarlo en la posición adecuada.
- Se encargarán de transportar los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. De igual modo los regresará a su lugar al término de la misma.
- Transportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención a distintos sitios como anatomía patológica, laboratorio.
- Debe respetar todas las normas poniendo especial interés en la higiene o asepsia. En este sentido, debe cumplir con el protocolo de esterilización para su ingreso a quirófano
- Señalarán ante sus superiores todos los deterioros o daños a equipos que puedan ocurrir durante el traslado.
- Finalmente, transportarán a la zona de

recuperación al paciente intervenido exitosamente.

- En caso de deceso transportará a mortuario a aquellas personas fallecidas durante alguno de los tratamientos. Asimismo, todos los miembros del cuerpo que hayan sido amputados.

Hay que resaltar la ayuda y colaboración que presta el celador de quirófano al resto del personal, como podemos comprobar a través de sus funciones.

6 Discusión-Conclusión

Tras detallar la figura del celador en quirófano, se destaca la vital importancia que tiene su presencia en este servicio en concreto y la colaboración que tiene con el resto del personal y sobre todo la relación que tiene con el paciente al movilizarlo antes y durante del quirófano.

El celador es la figura que tiene el primer contacto con el paciente y por ello, deben tener muy claras sus funciones dependiendo del entorno en el que se encuentren, ya que aunque el celador no pueda darle información de su estado al paciente, tiene una relación muy estrecha con él al ser, como ya hemos expuesto, la primera persona que tiene contacto con el paciente, quien lo traslada de un sitio a otro y es quien apoya al resto de personal sanitario en la atención a dichos pacientes intentando que todo se ejecute de la manera más eficaz posible y

la atención sea de gran calidad.

Concretamente en el servicio de quirófano, el celador es quien moviliza al paciente a la cirugía y por ello debe tener un buen comportamiento y darle solo la información necesaria en el caso de que le pregunte el paciente. Normalmente, es una figura tranquilizadora para el paciente.

Para finalizar este capítulo, es de resaltar, aunque ya lo hemos comentado su relación y colaboración con el resto de personal, ya que debe formar parte de ese equipo multidisciplinar primordial para que el trabajo sea adecuado, el paciente sea atendido de la mejora posible y en la que todo momento prime la salud del paciente.

4. Fuente: El celador en quirófano: www.logoss.net

7 Bibliografía

1. Fuente: Definición de quirófano y sus características según la OMS: <https://revistamedica.com/quiropanos-sectores-aislamientos-puestas-a-tierra-electricas/>.

2. Revista educativa Partesdel.com. Equipo de redacción profesional. (2018,06)

Fuente: Funciones del celador en quirófano: <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quiropano>.

3. Fuente: Relación celador-paciente: <https://revistamedica.com/comunicacion-celador-paciente-familia/>
<https://www.revista-portalesmedicos>.

Artículo 4

PLAN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTES. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE ORTOHEPÁTICO

SUSANA LORCA GONZÁLEZ

AMANDA CEBOLLADA SÁNCHEZ

- Introducción:

La cirrosis hepática está presente en el mundo hospitalario. El trasplante ortohépático es el único tratamiento definitivo de esta enfermedad. Los profesionales enfermeros se enfrentan a estas intervenciones y los resultados de ellas de forma habitual. Conocer un plan de cuidados estándar sobre un paciente trasplantado de hígado es primordial para un adecuado abordaje.

- Palabras clave:

Enfermero /a, trasplante de hígado, cirrosis hepática alcohólica, atención de enfermería.

- Objetivo:

Exponer un caso clínico de un paciente con cirrosis enólica que ingresa en una unidad de trasplantes para una intervención quirúrgica de trasplante ortohépático.

- Conclusión:

La cirrosis alcohólica afecta de forma considerable a la salud y calidad de vida de la población Española. Un adecuado manejo de la enfermedad es fundamental para mantener la salud. Los enfermeros de las Unidades de cirugía y trasplantes trabajan diariamente para realizar unas intervenciones de alta calidad, mejorando la salud de las personas.

1 Palabras clave

Enfermero /a, trasplante de hígado, cirrosis hepática alcohólica t atención de enfermería.

2 Introducción

La cirrosis hepática afecta a la población española en un porcentaje de entre el 1 y el 2 %. Esta prevalencia es más frecuente en el sexo masculino y a partir de los 50 años de edad.

Dentro de los tipos de cirrosis encontramos aquella desarrollada por el consumo de alcohol, seguido por una infección vírica. La enfermedad de cirrosis tiene la problemática de no tener una sintomatología floreciente, sino que se desarrolla y progresa de forma subclínica. Apareciendo los síntomas cuando ya está en una fase muy avanzada. El diagnóstico suele ser casual.

Con respecto a la cirrosis hepática decir que no aparece por el consumo de un determinado tipo de bebida sino por la cantidad de ella ingerida. A partir de 80 gramos de alcohol al día durante al menos 5 años y de forma continuada es cuando aumenta de forma exponencial el riesgo de presentar esta enfermedad en el hígado.

La cirrosis conlleva la aparición de numerosos problemas en la salud. Podemos citar el síndrome hepatorenal, las varices esofágicas, la peritonitis bacteriana espontánea, la ascitis y el carcinoma hepatocelular.

Tratamiento:

Cuando aparece la cirrosis es fundamental eliminar el alcohol etílico. Su eliminación no provoca una mejoría de la enfermedad, sino que evita un mayor progreso.

La dieta también es importante. Se debe evitar los estados de desnutrición. En el caso de existir una carencia de vitaminas, generalmente se administran vitaminas B, C, K y el ácido fólico.

La terapia definitiva para estos pacientes es el trasplante ortohepático. La tasa de supervivencia ha aumentado considerablemente, situándose en la actualidad de entre un 80% a los 5 años.

Recomendaciones para el usuario tras la intervención quirúrgica:

- Dieta pautada por cirugía general y digestivo. Durante los 3 primeros meses lave las verduras y las frutas con agua y 3 gotas de lejía, y pele las frutas antes de comerlas. La medicación inmunosupresora le hace más vulnerable a las infecciones.
- Respecto a la herida quirúrgica es preciso que acuda a su centro de salud para continuar con las curas pertinentes así como vigilar la evolución de las mismas.
- Higiene corporal diaria, con jabones neutros, e hidratar la piel.
- Evitar exposiciones prolongadas al sol.
- Durante los 3 primeros meses haga ejercicio físico moderado: andar, nadar, bicicleta, en espacios abiertos no masificados.
- No fumar ni tomar alcohol.

- Hacer ejercicio físico moderado (andar, nadar, bicicleta).
- Evite el contacto con personas con síntomas de resfriado y gripe, si algún miembro de la familia las padece use mascarilla.
- Cuando venga al hospital de revisión, utilice mascarilla durante los 6 primeros meses.
- Evite los lugares masificados durante los 3 primeros meses.
- Siempre debe llevar una dosis de inmunosupresión, cuando sale de su casa, por si no puede llegar a la hora de tomársela.
- Utilizar medios anticonceptivos de barrera (preservativo) para evitar enfermedades de transmisión sexual.
- Si tiene fiebre, hipotensión o hipertensión pérdida de peso, picor y coloración amarilla en conjuntiva de los ojos y piel, aumento de color de la orina (color coñac) CONSULTE con su médico lo antes posible

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Mostrar un caso clínico real sobre un paciente con cirrosis enólica que ingresa en una Unidad de Trasplantes para recibir una intervención de trasplante ortohepático.

Objetivos secundarios:

- Profundizar en el conocimiento sobre la cirrosis enólica.

- Citar los patrones de enfermería que se ven alterados.

- Establecer unos resultados, indicadores e intervenciones a llevar a cabo tras la intervención quirúrgica.

4 Metodología

En un primer paso se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos de Scielo, Dialnet y Google escolar. Tras un análisis crítico de publicaciones con información referente a la institucionalización de los pacientes ancianos se comenzó la segunda fase. En esta se elaboró un caso clínico. Se utilizó una metodología observacional. Para realizar la valoración enfermera se utilizaron los dominios funcionales de Marjory Gordon. Se formularon y desarrollaron los diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía enfermera NANDA, la clasificación de Resultados (NOC) y la clasificación de Intervenciones (NIC).

5 Caso clínico

Guía de valoración para adultos: (Patrones funcionales de salud /M. Gordon).

Alergias: No alergias medicamentosas conocidas.

Datos sociodemográficos:

Fecha: 20/02/2019 Hora: 12:40 Idioma materno: español.

Edad: 58 años.

Estado civil: casado.

Hijos: Si.

Profesión: Activo, autónomo.

Antecedentes:

Paciente diabético intervenido de trasplante ortohepático el 29/01/2019 por cirrosis enólica. Actualmente sigue hospitalizado por un rechazo del hígado y problemas en estudio por los especialistas de digestivo, por un mal funcionamiento del mismo.

1.- Patrón percepción de salud-manejo de salud.

Estado de Salud:

El paciente considera haber gozado de una buena salud, pese a ser diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo I a los 19 años, porque no le impidió llevar una vida normal, hasta hace un año que empezó a tener valores alterados en sus analíticas rutinarias, donde vieron deficiente funcionamiento de su hígado, diagnosticándole una cirrosis enólica.

No tiene alergias medicamentosas conocidas.

En el último año ha tenido 3 ingresos, todos a raíz de la cirrosis hepática.

Actualmente es portador de una vía periférica de acceso venoso de calibre 18G.

Medicación actual:

Tacrólimus, CellCept, Prednisona, Mycostatín, Ursochol, Ranitidina, Loperamida (Fortasec®), Loracepan, insulina Apidra y Lantus.

Autocuidados e higiene personal:

Amante del senderismo que lo realiza porque cree que es importante para mantener una buena salud.

Diabetes Mellitus tipo I bien controlada hasta antes del ingreso, que con la inmunosupresión y los corticoides está descontrolada.

Actualmente no tiene hábitos enólicos, pero refiere haber tenido problemas con el alcohol en el pasado. Desde hace 10 años es bebedor ocasional y desde hace más de un año no ha consumido bebidas alcohólicas.

2.- Patrón nutricional-metabólico:

Paciente con Diabetes Mellitus 2 diagnosticada en 2008.

El patrón se encuentra alterado debido a la reciente aparición de un herpes en el esófago.

Alimentación con dieta túrmix fría y otros alimentos fríos de fácil deglución. Se complementa la necesidad proteínica propia de la intervención con "Novosource

Diabet".

Bebe 1,5 litros de agua al día.

Antes de la aparición del Herpes no había ningún problema con la deglución ni con la masticación, salvo que, al paciente no le gustan las legumbres.

Peso: 89 kg Talla: 1,81 IMC: 27,2 Sobre peso.

No lleva prótesis dentales.

Es totalmente independiente para cortar los alimentos y llevárselos a la boca.

Piel intacta, elástica, hidratada y de

color ligeramente amarillo.

Tacorporal: 36,3oC.

3.- Patrón eliminación:

Heces de consistencia blanda-líquida, con una regularidad de 2-4 deposiciones al día. Patrón alterado desde hace 5 días.

No tiene problemas para la eliminación de orina. Orina 1,9 litros/24 horas. De color ámbar claro, poco turbia.

No porta drenajes. Último drenaje tipo Blake retirado el 05-02-2019.

4.- Patrón actividad-ejercicio:

Deambula por el pasillo con normalidad. Antes de la intervención siempre estaba cansado.

Tiene una empresa y ahora ha tenido que delegar gran parte de su responsabilidad. “Tengo miedo de perder la empresa que levanté con mi padre. Ahí están todos los ahorros de su vida y me dolería tener que abandonar o morir y que mis hijas vendan la empresa”.

Actividades de la vida diaria:

Totalmente independiente para su autocuidado. Riesgo de caídas, escala Downton.

1: bajo riesgo de caídas.

Constantes vitales:

TA: 121/77 FC: 77 FR: 16.

5.- Patrón sueño-descanso:

En el hospital no tiene sueño reparador. Se despierta muchas veces durante la noche.

Patrón habitual del sueño

Se acuesta a las 0:00 y se despierta a las 7:15. Duerme entre 1 hora y 1,5 horas de siesta después de comer. Toma loracepan a las 23:00h para coger el sueño.

6.- Patrón cognitivo-perceptual:

Alteraciones por la percepción

Portador de lentes para corrección de presbicia. Última revisión visual en noviembre de 2018, cuando se le diagnosticó una catarata en el OI. En revisión por su oftalmólogo.

Alteraciones cognitivas:

No tiene problemas de memoria ni concentración. Pedro lleva todo el peso de las decisiones en el hogar. Refiere que su mujer es “poco participativa y que le gusta que le den todo hecho”.

Tiene un dolor que solo cesa tras analgesia con paracetamol y metamizol, alcanzando una puntuación máxima en la escala EVA de 7. Después de analgesia escala EVA 1-2 desde hace 5 días.

7.- Patrón autopercepción-autoconcepto:

“Me defino como un hombre muy seguro de mí mismo, con carácter, muy inteligente y a lo largo de mi vida he sido muy versátil. Virtud de la que más orgulloso estoy.

Me siento muy a gusto conmigo mismo, pero desde antes del trasplante tengo mucho miedo a la muerte. No quiero separarme de mi familia y aún tengo muchos proyectos en mi vida personal y profesional”.

Ahora siente ansiedad por no poder

hacer nada útil desde el hospital “ahora mi vida está en pause, pero quiero vivir y sin un hígado nuevo no podría vivir más de un año”.

8.- Patrón rol-relaciones:

Vive con su mujer y dos hijas, tiene un hijo más, está independizado y suele verlo los fines de semana, en el hospital también.

La familia se va relevando para estar de acompañantes mientras este esté en el hospital. Viven lejos de Murcia, por lo que la unidad familiar se ha descompensado momentáneamente para adaptarse a la nueva situación. El paciente muestra ansiedad con esa situación, ya que él ha sido siempre la persona de referencia en cuanto a ingresos y toma de decisiones. Sus hijas están faltando mucho al trabajo y él está preocupado de que tengan que volver a intervenirlo y el ingreso de alargue.

No hay alteraciones en el lenguaje, en el curso de pensamiento, aunque delante de la familia muestra inhibición de sentimientos de culpabilidad por la situación y temor por lo que pueda pasar en el futuro.

9.- Patrón sexualidad-reproducción:

No tiene problemas de próstata. Pasa revisiones urológicas después de hallazgo de un papiloma en la vejiga de la orina en 2014.

Sus relaciones sexuales siempre fueron satisfactorias, pero muestra preocupación porque, desde que empezó con el tratamiento para la cirrosis, la libido

prácticamente desapareció: “no sé si era la medicación, mi preocupación o las dos cosas, pero tenía miedo de que mi mujer pensara que tenía una amante. Ahora, tengo miedo de que la situación no cambie, mi mujer se busque un amante y la pierda, porque siento que ya no tenemos la complicidad que tuvimos siempre”.

10.- Patrón adaptación tolerancia al estrés:

No hay señales de haber sufrido un duelo complicado.

La madre murió en 2011 por cáncer de colon, padre murió en 2017 a consecuencia de un infarto. Es hijo único.

No le gusta hablar de sus problemas, pero cuando está tenso o siente ansiedad tiene su amigo de toda la vida, con el que guarda una relación muy estrecha y habla con él o se van a pescar juntos.

Actualmente, se encuentra inquieto y ansioso por estar tanto tiempo ingresado y que ve que no mejora, que está estancado.

11.- Patrón valores-creencias:

Lo más importante en su vida es la salud y el cariño de su familia.

Ahora mismo siente mucho miedo a la muerte, porque tiene muchos proyectos aún; quiere ver a sus hijos casados y ser abuelo.

Diagnósticos enfermeros identificados:

1. Deterioro de la deglución 00103 r/c dificultad en la deglución m/p odinofa-

gia.

2. Riesgo de infección 00004 r/c procedimiento invasivo, inmunosupresión.

3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047 r/c vulnerabilidad a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer su salud.

4. Diarrea 00013 r/c pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas m/p inflamación gastrointestinal.

5. Patrón sexual ineficaz 00065 r/c alteración en la actividad sexual m/p conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad.

Alta de enfermería:

(Informe de cuidados de enfermería).

[Datos personales del paciente omitidos].

Motivo de ingreso: Cirugía Trasplante ortohepático

Tipo de ingreso: Programado.

Causas que generan la actuación de enfermería: Necesidad de cuidados.

Fecha de la valoración de enfermería: 20/02/2019.

Antecedentes y entorno: No alergias, no HTA.

Persona de referencia: Informe para su enfermera del Centro de Salud que continuará las revisiones de glucemia y los cuidados necesarios.

Cuidador principal: Autónomo.

Persona de referencia: Cónyuge

Conocimiento de sus autocuidados:

Paciente: sí.

Cuidador: sí.

Diagnósticos enfermeros Resueltos:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047.

Diagnósticos enfermeros Activos:

Deprivación de sueño 00096.

Riesgo de infección 00004.

Dolor 00133.

Motivo de Alta/Derivación enfermera: Traslado a domicilio.

- Estable tras cirugía para trasplante ortohepático. No porta drenajes ni catéter venoso.

Resumen de cuidados:

Durante la estancia clínica el paciente se ha mantenido con constantes vitales estables. Se ha administrado tratamiento pautado y se han realizado curas diarias.

Información complementaria/Observaciones:

- Deambulación.

- Dieta pautada.

6 Discusión-Conclusión

La cirrosis alcohólica afecta de forma considerable a la salud y calidad de vida de la población Española. Un adecuado manejo de la enfermedad es fundamental para mantener la salud y evitar los daños potenciales a corto y largo plazo que se pueden presentar a consecuencia de una mala gestión de la enfermedad.

El papel de la enfermería es fundamental para evitar los factores de riesgo en las personas. En caso de fallar, un ade-

cuado abordaje y seguimiento de los pacientes enfermos es esencial para prevenir un mayor deterioro de la calidad de vida. Los enfermeros de las Unidades de cirugía y trasplantes trabajan diariamente para realizar unas intervenciones de alta calidad, mejorando la salud de las personas.

7 Bibliografía

1. NNNConsult. NANDA-I, NOC, NIC 2021-2023. [sede Web]. [acceso el 18 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/nic/4480/126/1600/>.
2. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
3. Gómez Adela-Emilia. Cirrosis hepática. Actualización. Farmacia abierta. 2012; 26 (4)[acceso el 31 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272#:text=En%20Espa%C3%B1a%20se%20estima%20una,partir%20de%20los%2050%20a%C3%B1os>.

Artículo 5

MANEJO DE LA CRISIS EPILÉPTICA EN EL COLEGIO.

MARIA MURILLO RUBIO

Actualmente, en el ámbito escolar, nos encontramos antes numerosos estados de emergencia en las que el profesorado debe de actuar con sus alumnos. Una de estas situaciones, que más miedo puede dar por su sintomatología son las crisis de epilepsia.

Es de vital importancia crear un protocolo de actuación para los docentes y que sepan como proceder frente a estas situaciones reduciendo así posibles complicaciones.

Es cierto que, dentro de las funciones del profesorado, no se encuentra la de administrar medicamentos y menos si requieren complejidad en su administración o conocimientos sanitarios. Pero dado la existencia de dichas situaciones y acogiéndonos al deber de la Constitución Española que obliga a todo ciudadano a prestar auxilio, el profesorado si tiene la obligación de actuar de manera resolutive y proporcionar, si se puede, ciertos medicamentos siguiendo una serie de pasos que describimos con posterioridad.

1 Palabras clave

Docentes, primeros auxilios, crisis de ansiedad y administración de medicamentos.

2 Introducción

Es frecuente encontrarnos en el ámbito escolar la demanda por parte de los

padres de la administración de medicamentos a los alumnos por parte de sus profesores. Por otro lado también es fácil encontrarnos ante una negativa de los mismos por miedo a ser denunciados por negligencia, el miedo a administrar de forma errónea medicamentos o de causar un daño mayor al niño.

Esto nos lleva a la pregunta estrella: ¿Debe de dar un profesor medicación a

un alumno?

Tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica podemos determinar que si su administración no implica conocimientos sanitarios y no va mas allá de el ámbito de primeros auxilios, el docente debe proporcionarlos. Estamos hablando de suministros de píldoras, jarabes, desinfección de una herida o colocación de un apósito. En nuestra revisión nos centramos en la actuación del docente frente a un crisis epiléptica. En estos casos, dependiendo de la gravedad, si que está indicada la administración de medicación, por lo que el profesorado debe de tener unos conocimientos básicos y un protocolo de actuación.

La epilepsia es una afección crónica diversa, caracterizada por crisis recurrentes debida a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales. En estos casos está implicado el territorio neuronal y en ocasiones cursa con una crisis convulsiva.

Definimos crisis convulsiva como la contracción involuntaria y patológica de los músculos. Podemos observar movimientos irregulares localizados en un grupo muscular, en varios, o en todo el cuerpo. Las crisis convulsivas suelen iniciarse de forma súbita y duran poco tiempo.

Actuación del docente en una crisis convulsiva.

- Permanecer con calma y mirar la hora

en la que comienza la crisis.

- Tumbiar al niño y colocarlo de lado si es posible ya que de esta manera respira mejor.
- Evitar que pueda hacerse daño retirando los objetos que estén alrededor, gafas, mesas...
- Colocar algo blando debajo de la cabeza. Quitarle las gafas en caso de que las llevara.
- Intentar aflojar la ropa y si la crisis está producida por fiebre elevada intentar bajarla con paños fríos.
- No introducir nada en la boca del alumno.
- Si tiene tratamiento se puede administrar con el consentimiento de los padres o tutores la medicación pautada.

Es en este último caso en el que podemos encontrar conflictos entre familias, profesorado y equipo directivo.

3 Objetivos

- Establecer la actuación en el docente ante una crisis convulsiva en un alumno en el medio escolar.
 - Protocolizar la actuación de los docentes en situaciones de emergencia.
- Crisis epilépticas: actuación, consentimientos informados, administración de medicamentos.

4 Metodología

Para la realización de mi trabajo y poder así proporcionar una informa-

ción real a los docentes he realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 10 años sobre el tema, así como la utilización de bases de datos de enfermería y medicina como Pubmed, Medline o Scielo.

Además me he interesado en los protocolos de actuación presentes en diferentes centros escolares, y en su administración por parte de los centros sanitarios en el caso de que los tuvieran disponibles.

5 Resultados

En el medio escolar nos encontramos en ciertas ocasiones con niños diagnosticados de epilepsia con un riesgo elevado de sufrir una convulsión en horario escolar y cuyo tratamiento se basa en la administración de medicación. Nosotros como profesionales tenemos claro cual sería nuestro modo de actuación. Sin embargo, entre los profesores existen grandes dudas y miedos respecto a la actuación que deben de tener.

Es cierto que donde más miedos e interrogantes encontramos no es en el modo de proceder, que también, sino que es a la hora de tener que dar un medicamento.

Después de realizar el trabajo ,llegamos a la conclusión de que el docente esta capacitado para administrar una medicación al alumno que sufre una crisis epiléptica, siempre que seden una serie

de requisitos:

- 1.- La obligación por parte dela familia del alumno de informar al centro docente.
- 2.- Obligación por parte del docente a actuar y proporcionar auxilio ante una situación de emergencia, siempre que no requiera una preparación distinta a la que pueda tener o conocer otro ciudadano, es decir, no necesite ningún conocimiento sanitario. La medicación será por vía oral con indicación médica escrita, y previo permiso escrito por padres o tutores.
- 3.- En el caso de medicación por otra vía (rectal en el caso de crisis epilépticas) el personal será adiestrado y en condiciones idóneas, debiendo estudiarse la necesidad de formar a docentes en algunas circunstancias de Primeros Auxilios.
- 4.- No olvidarnos de los informes de las diferentes CCAA elaborados sobre la administración de medicamentos en caso de urgencia medica por parte de los docentes.
- 5.- Es durante la matriculación del curso cuando los padres o tutores podrán solicitar la administración de un medicamento por escrito, en el modelo creado para tal fin.
- 6.- Será la Jefatura de Estudios la que informará al profesor tutos de los datos aportados por los padres.
- 7.- Los padres del alumnos que quieran que se le administre la medicación necesario en caso de urgencia, deberán firmar un consentimiento informado

dando autorización al docente para su administración.

Seguir estas indicaciones nos permite tener seguridad en la actuación y minimizar daños mayores en una situación de crisis convulsiva en el niño epiléptico en el medio escolar.

6 Discusión-Conclusión

Como conclusión debemos resaltar los beneficios de estos protocolos, ya que ayudan en todos los casos al alumno y a los docentes.

Por un lado, y teniendo en cuenta a la víctima, favorecemos su recuperación, evitamos posibles daños durante la convulsión y reducimos las complicaciones posteriores. Por otro lado, refiriéndonos al docente, vamos a proporcionarle seguridad en su modo de actuar, aclarar posibles dudas sobre su obligación en la implicación de la emergencia y darle seguridad a la hora de actuar con su alumno en caso de que sufriera una crisis epiléptica.

Todo docente debe de tener claro cual es posición ante la decisión de actuar ante una crisis epiléptica de su alumno durante el horario escolar. Saber que su actuación viene marcada con el deber de socorro. Mismo deber que tiene cualquier ser humano. En el caso de que esa actuación requiriera de la administración de algún medicamento, debe disponer del consentimiento fir-

mado de la familia y pediatra previamente, especificando diagnóstico, prescripción del medicamento y los detalles para ser suministrado.

7 Bibliografía

1. C. McBride M, Victorio M. Convulsiones en niños - Salud infantil - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2017. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-neurol%C3%B3gicos-enni%C3%B1os/convulsiones-en-ni%C3%B1os%20>.
2. Rosa González M, Vallejo Hernández R. Crisis convulsivas [Internet]. 2016. Available from: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2016/6/28/100170.pdf>.
3. García Peña J, Samartí F. Guía de epilepsia infantil para el paciente y sus familiares o cuidadores [Internet]. Seepnet.es. 2015. Available from: <https://www.seepnet.es/sites/default/files/GUIA%20EPILEPSIA%20INFANTIL%20para%20web%20ESTEVE.pdf>.
4. Jiménez Murillo, L. and Montero Pérez, F. (2019). Guía diagnóstica y protocolos de actuación.
5. Salud Laboral. (2019). Administración de medicamentos en centros educativos.
6. Salud Laboral. [online] Available at: <https://saludlaboral.org/medicamentos-encentros-educativos/> [Accessed 22 May 2019].

Artículo 6

ALTERACIONES MORFOLÓGICAS DE LOS ERITROCITOS

FRANCISCO JAVIER MARCOS SUÁREZ

- Introducción:

Breve descripción sobre las diferentes alteraciones eritrocitarias que podemos encontrar en el laboratorio de análisis clínicos y su importancia como ayuda a la hora de llegar a un diagnóstico.

- Objetivos:

Describir las alteraciones eritrocitarias más comunes y sus causas.

- Metodología:

Método seguido basado en la revisión sistemática de artículos y bibliografía disponible.

- Resultados:

Explicar las diferentes alteraciones que podemos encontrar a la hora de realizar un frotis de sangre periférica.

- Discusión-conclusión:

Conclusión a la que se llega tras la realización de la presente revisión bibliográfica.

1 Palabras clave

Hematología, hematíe, alteraciones morfológicas y laboratorio de diagnóstico clínico.

2 Introducción

Los eritrocitos son un tipo de células con unas dimensiones de entre 5 y 7,5 μm de diámetro, de 1 μm de grosor y de 80 a 100 fL de volumen de forma ovalada, bicóncava, aplanada, con una depresión en el centro debida a que, a excepción de anfibios, reptiles y aves, son

células anucleadas. Esta forma es óptima para el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono con el medio que lo rodea, pues le otorga flexibilidad para poder atravesar los capilares, donde liberan la carga de oxígeno. La concentración eritrocitaria varía según el sexo, edad o ubicación geográfica, ya que se encuentran concentraciones más altas de eritrocitos en zonas de gran altitud, en varones y en recién nacidos. Los valores considerados normales de eritrocitos en adultos son:

- Mujeres: 4 - 5x10⁶/μL de sangre.

- Hombres: 4,5 - 5,5x10⁶/μL de sangre.

En el interior de los eritrocitos se encuentra la hemoglobina (Hb), una hemoproteína que le da el tono rojo característico a la sangre y que se encarga del transporte del oxígeno desde los órganos respiratorios a los tejidos y del dióxido de carbono desde los tejidos a los órganos respiratorios además de regular el pH en algunos organismos vertebrados e invertebrados.

3 Objetivos

Describir brevemente las alteraciones en el tamaño y la morfología más comunes de los hematíes que podemos encontrar en el laboratorio de diagnóstico clínico.

4 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una exhaustiva y consistente investigación y una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente realizando una intensa búsqueda en libros y consultando artículos de las principales bases de datos con información clínica como PubMed, ScieLo y Medline seleccionando aquellos artículos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

5 Resultados

En el laboratorio podemos encontrarnos un diverso número de alteraciones tanto en el tamaño de los eritrocitos como en su morfología estructural. Las alteraciones más comunes en el tamaño y forma de los hematíes que podemos encontrarnos en el laboratorio son:

1. Acantocitosis.

La acantocitosis, la presencia de un tipo de glóbulos rojos anormales en el torrente sanguíneo, llamados acantocitos. Es una alteración morfológica caracterizada por la presencia de proyecciones protoplasmáticas en diferentes formas y tamaños separadas de manera irregular, que proporcionan a la célula un aspecto espinoso. Algunas de las enfermedades más comunes en las que se puede observar la presencia de acantocitos son:

- Abetalipoproteinemia (Síndrome de Bassen-Kornzweig): en esta enfermedad el casi el 80% de los hematíes en sangre circulante son acantocitos y viene acompañada frecuentemente de anemia hemolítica. Es hereditaria.
- Síndrome de McLeod: Es un trastorno multiorgánico ligado al cromosoma X donde encontramos una alteración hematológica, neuromuscular y del sistema nervioso central que pertenece al grupo de las enfermedades llamadas neuroacantocitosis.
- Hepatopatías.
- Corea acantocítica.
- Hematuria: en una hematuria con más del 5% de acantocitos podemos asegurar que es de origen glomerular con una especificidad del 98%.
- Deficiencia de vitamina E.

2. Dianocitosis.

Esta alteración provoca que los hematíes (dianocitos) concentren la hemoglobina en el centro y en la periferia dejando un halo intermedio. Esta distribución hace que el hematíe visto en el frotis tenga aspecto de diana. La dianocitosis puede observarse en las talasemias, algunas hepatopatías crónicas y en la anemia ferropénica. También en la hemoglobinopatía C y después de una incisión o extirpación de bazo (esplenectomía).

3. Anulocitosis.

Los eritrocitos, en este caso anulocitos, son pálidos y presentan una amplia zona central de ausencia de coloración

debida a una falta de Hb, lo que les confiere un aspecto de anillo. Esta malformación es común en la anemia ferropénica.

4. Drepanocitosis:

Los drepanocitos o glóbulos rojos falciformes, son glóbulos rojos atípicos con forma de hoz frecuentes en la anemia falciforme. Estos glóbulos rojos se caracterizan por una alteración morfológica en su forma bicóncava, que pierden su forma de disco y adquieren un aspecto semilunar o de hoz característica debido a la precipitación de hemoglobina S, una alteración estructural de la globina β . Además, se trata de células rígidas y viscosas. Estas células anormales pierden su plasticidad, por lo que pueden obstruir los vasos sanguíneos pequeños y reducir el flujo de la sangre con la consiguiente disminución de oxigenación de los tejidos y en algunos casos puede llegar a necrosarlos.

5. Eliptocitosis u ovalocitosis.

Es una alteración en la que encontramos la existencia de unos hematíes con una forma elíptica y ovalada. En condiciones normales, puede encontrarse en sangre periférica en un 1%. En diversas anemias, pueden observarse hasta un 25% de ovalocitos, siendo en la eliptocitosis hereditaria hasta un 90%. Se produce en la anemia por déficit de Fe, en la anemia megaloblástica y en la mielofibrosis, pero también es típica de la eliptocitosis hereditaria.

6. Equinocitosis.

También llamados hematíes crenados, Son eritrocitos (o equinocitos) que presentan cortas prolongaciones (espículas) distribuidas uniformemente por toda la membrana celular. Se produce, por ejemplo, en la uremia, cuando los hematíes son pobres en K⁺ y en las hepatopatías neonatales o en deficiencias de la enzima piruvato-kinasa y suele aparecer en muestras sanguíneas envejecidas.

7. Esferocitosis.

Son hematíes con forma de disco biconvexo, lo que le hace tener forma esférica, lo que hace que no existan halos centrales. El diámetro de los esferocitos es más pequeño que el de un hematíe normal o normocito, pero no son microcíticos, ya que el volumen de Hb es normal. Los esferocitos se observan más comúnmente en la esferocitosis hereditaria de Minkowski-Chauffard, aunque también en la hidrocitosis (alteración de la permeabilidad de la membrana) y en la anemia inmuno hemolítica.

8. Estomatocitosis.

Son hematíes (estomatocitos en este caso), que solamente presentan una concavidad. Esta ausencia de una de las concavidades, hace que la zona clara central se vea de forma alargada, como una boca al observar el frotis en el microscopio. La estomatocitosis puede observarse en enfermedades hepáticas, esferocitosis hereditaria o como un de-

fecto producido al realizar la extensión.

9. Excentrocitosis.

Son hematíes que presentan su Hb de forma excéntrica, es decir, desplazada hacia uno de los lados de la célula. Los excentrocitos suelen presentar microcitosis. Esta alteración suele aparecer en la anemia hemolítica del déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, comúnmente llamada favismo.

10. Keratocitosis

Los keratocitos son hematíes que presentan dos elongaciones o espículas, de tamaño similar y diametralmente opuestas dándoles así forma de casco. Es típica en la anemia hemolítica por microangiopática, en la hemólisis por prótesis cardíacas y en el hemangioma cavernoso.

11. Poiquilocitosis.

También llamada diacrocitosis, es una alteración en la que los hematíes toman forma de lágrima o raqueta. Aparecen en las talasemias, en los trastornos de la eritropoyesis, en las anemias ferropénicas, megaloblásticas y fundamentalmente en la fibrosis medular o mielofibrosis.

12. Esquistocitosis.

Es la aparición de fragmentos eritrocitarios, llamados en este caso esquistocitos, resultantes de la rotura mecánica de los hematíes. Tienen forma variable y el tamaño es de 2 a 3 µm. Aparecen en casos de pacientes con válvulas cardíacas donde se produce hemólisis, heman-

gomas y coagulación intravascular diseminada.

13. Xerocitosis.

Son eritrocitos planos y curvados. La forma de curvarse les otorga distintos aspectos, siendo el más frecuente el de silla de montar. Aparecen en la xerocitosis congénita, una alteración en la permeabilidad de la membrana eritrocitaria.

14. Knizocitosis.

Son hematíes maduros en los que se observan al menos tres zonas concavas con dos áreas más claras conocidas como "pinch cells" consideradas como formas metaestables de los eritrocitos. Se observan en la sangre de los astronautas a los 20-30 días después del lanzamiento, desapareciendo a los 3 meses. Aunque también se observan en la anemia hemolítica, algunas hemoglobinopatías y en pancreatitis.

patología. Reconocerlas o saber diferenciarlas en el laboratorio de diagnóstico clínico puede ser de gran ayuda a la hora de llegar a un diagnóstico o al menos orientarlo a una causa o varias causas, como por ejemplo las anemias.

7 Bibliografía

1. Alteracion Globulos Rojos - Alteraciones Analíticas - Hematólogo Anemia. (2021, 16 junio). Hematólogo - Interpretar Análisis de Sangre. <https://hematologa.com/alteraciones-analiticas/alteracion-globulos-rojos/>.
2. SciELO - Scientific Electronic Library Online. (s. f.). Recuperado 6 de noviembre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext.

6 Discusión-Conclusión

Como podemos observar tras la revisión sistemática de la literatura existente y tal como señalan algunos estudios previos, nos podemos encontrar con numerosas alteraciones tanto en el tamaño como en la forma de los hematíes que corresponde a una o varias causas, aunque la mayoría son de origen desconocido y que pueden sernos de gran utilidad en el laboratorio a la hora de establecer un diagnóstico o seguimiento de una determinada

Artículo 7

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

OLALLA FRADE PEDROSA

LLUCH ESPARZA DE LA GUIA

MARTA VILLODRES MORENO

PABLO DE FEZ FEBRÉ

En los últimos años, hemos observado un aumento en la prevalencia de Trastornos del Espectro Autista (TEA), principalmente, en los niños más pequeños. Esto se debe a la instauración de los criterios diagnósticos, en los nuevos manuales internacionales, el DSM-5 y la CIE-10. Por ello, hemos decidido hacer el trabajo en relación con un caso clínico en un menor con un Trastorno del Espectro Autista.

Siendo los objetivos el conocer los nuevos criterios diagnósticos, los diferentes grados y los resultados que estos nos aportan, unido al uso de psicofármacos en menores de edad con un Trastorno del Espectro Autista.

Los métodos que empleamos son una revisión exhaustiva de diferentes artículos que se publicaron sobre dicho trastorno en las últimas décadas. A su vez, nos centramos en la realización de una exploración psicopatológica del menor en las sucesivas consultas, junto a los sucesivos ajustes de tratamiento para mejorar la calidad de vida del individuo como de sus familiares.

Los resultados que podemos obtener de este trabajo son, que los fármacos anti-histamínicos muy empleados para determinadas patologías en menores de edad pueden aplicarse y utilizarse con seguridad en niños con un Trastorno del Espectro Autista, independientemente de su gravedad.

Con este trabajo me gustaría destacar las grandes necesidades que presentan los niños con un TEA, no solo la dependencia hacia sus padres/cuidadores, sino también de los Servicios Sanitarios, y de las nuevas investigaciones, en el campo de la farmacología, y en las diferentes terapias que puedan ayudarles a entender mejor el entorno que les rodea.

1 Palabras clave

Trastorno del Espectro Autista, hiperactividad, antipsicóticos y antihistamínicos.

2 Introducción

En los últimos años, hemos observado un aumento en la prevalencia de Trastornos del Espectro Autista (TEA), principalmente, en los niños más pequeños. Donde tenemos referencias de que en el año 2004 la frecuencia era de 1 cada 166 menores, mientras que en el año 2018 es de 1 cada 59 menores. Esto se debe a la instauración de los nuevos criterios diagnósticos, en los últimos manuales internacionales publicados, el DSM-5 y la CIE-10. Por ello, hemos decidido hacer este artículo en relación con el caso clínico en un menor con un Trastorno del Espectro Autista.

En el caso de los Trastornos Generalizados del Neurodesarrollo, los cuales son numerosos y variados. Sin embargo, parecía que no existiesen debido a que no existía una nomenclatura que les diese una identidad propia y les permitiese a estos definirse con una serie de criterios. Al igual que no poder definir las necesidades de cada individuo de

forma más pormenorizada.

Por ello, en los nuevos manuales diagnósticos, principalmente en el Manual Diagnóstico DSM-5, este le dio una denominación más concreta, a los Trastornos del Espectro Autista, ello permite darles a dichos trastornos un concepto de características dimensionales (figura 2), abriendo así un amplio abanico con respecto a las características que posee cada individuo.

A su vez, esta actualización del manual de la Asociación Americana de Psiquiatría ha permitido dar clasificación a la gravedad y asociarla a la dependencia de estas personas de sus familiares/cuidadores o terceras personas (figura 3), aunque siempre debemos de indicar que cada caso es individual.

Este tipo de clasificaciones permiten al resto de los profesionales comprender el tipo de necesidades que presentan esta clase de niños, pero no solo en el presente, sino también para poder programar su futuro, ante la ausencia de sus progenitores y/o cuidadores principales.

Es importante conocer que cada uno de los manuales que, solemos emplear en la práctica clínica, presentan parámetros

ros similares, por ello es necesario conocer ambos, para cuando hagamos un diagnóstico, tengamos ambos en cuenta, ya que dependiendo del lugar donde nos encontremos, unos clínicos se inclinarán más por el DSM-5 y otros por la CIE-10.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los criterios clínicos de los manuales diagnósticos: DSM-5 y CIE-10, y como aplicarlos.

Objetivos secundarios:

- Dar seguridad a los profesionales en cuanto al empleo de psicofármacos en menores de edad.
- Aumentar la literatura sobre el uso de psicofármacos en menores de seis años con un Trastorno del Espectro Autista.

Categoría dimensional TEA	Comunicación social	Conducta restringida y reiterativa
Grado 3 o necesidad de ayuda muy notable	Mínima	Gran interferencia
Grado 2 o necesidad de ayuda notable	Marcado déficit o atípica	Interferencia muy frecuente en lo cotidiano
Grado 1 o necesidad de ayuda	Limitada	Interferencia significativa en al menos un contexto

mas de información de Pubmed y Cochrane, donde se buscaron artículos entre los años 2000 y 2020, que estuvieran en lengua inglesa, española o portuguesa. A pesar de ello, se encontraron muy pocos artículos al respecto, pero se objetivó un aumento de la producción científica sobre el Trastorno del Espectro Autista en los últimos años, y que se ha visto muy apoyada gracias a las revisiones y nuevas ediciones de los manuales diagnósticos como el DSM-5. A pesar de ello, cuando buscamos literatura y casos clínicos de TEA en menores de seis años, esta es más escasa todavía, debido a todos los dilemas éticos y límites legales que existen para la investigación científica.

Esto es uno de los motivos por los cuales decidimos publicar este caso clínico, debido no solo por la gravedad del caso, sino para animar y apoyar al resto de profesionales que tienen diariamente que trabajar con personas que presentan dicho trastorno y que ante el manejo tan difícil que en ocasiones presentan. Por ello, el uso de fármacos alternativos, que a la vez son seguros y permiten una mejor adaptación al entorno, que ya es adverso para ellos y permitir a sus familiares y cuidadores un mejor manejo de este.

4 Metodología

Este trabajo se realizó tras una búsqueda exhaustiva en las platafor-

Una vez, revisados varios artículos que apoyaban la administración de antihistamínicos en contra de las benzodiazepinas, y al tratarse de un menor con poca tolerancia a los efectos secundar-

ios de los fármacos pautados, y los efectos paradójicos que estos le causan, se optó por la hidroxicina en solución. Que administrada a dosis inferior a la que precisaría si fuese una reacción alérgica en relación con el peso del menor, evita la aparición de los efectos secundarios de hiperfagia, sedación o somnolencia excesiva.

A su vez, la investigación nos señala la necesidad de una evaluación médica general y una exploración neurológica específica, porque existen ciertos factores ambientales, todavía no identificables, que pueden generar alteraciones cromosómicas, que deriven en un trastorno del espectro autista.

Para hacer un diagnóstico diferencial adecuado hay que descartar la presencia de patología orgánica como una encefalopatía. Consecuencias de las infecciones bacterianas que derivan en un PANDAS. Crisis epilépticas. Presencia de rasgos dismórficos y/o la presencia de unas deficiencias intelectuales.

Las pruebas complementarias necesarias son la medición del perímetro craneal, el cual suele estar por encima del percentil 75. Alteraciones a nivel de la motricidad fina y gruesa, ya que suelen ser niños torpes, que es más llamativo en los menores con un coeficiente intelectual bajo. Realización de encefalograma, siempre que la persona colabore y estudios de genética, sobre todo, los estudios de microarray.

Según los estudios genéticos, un 10% de los casos TEA están asociados a diferentes síndromes como son cromosoma X frágil, fenilcetonuria, tuberoesclerosis y síndrome de Rett. Sin embargo, el porcentaje más elevado de las causas, siguen teniendo su origen en múltiples causas que interfieren entre ellas, que derivan en una gran variabilidad genética.

5 Caso clínico

Se trata de un varón de seis años, nacido en París, Francia. Madre de origen español y padre de origen alemán. El padre al nacer el menor decide volverse a su país de origen, no haciéndose cargo de ninguna de las necesidades del niño, ni emocionales, ni financieras, por lo que la madre reclama para ella sola la guarda-custodia y patria potestad, que le es concedida en Francia y, se mantiene cuando a los dos años el menor y su madre se instalan definitivamente en España con los abuelos maternos, con los que la madre mantiene una excelente relación. Al igual que con el resto de sus familiares, hermanos, tíos, primos y sobrinos, algunos de ellos con una edad cercana al menor del cual trata el caso.

Desde muy temprana edad el menor presentó grandes dificultades para el alcance de los hitos del desarrollo correspondientes a su edad cronológica, como el rotar sobre sí mismo, el man-

tenerse sentado solo, entre otras. Por ello se le propuso el inicio de sesiones con una fisioterapeuta entrenada en tratar a niños con hipotonía muscular. Esto le permitió alcanzar un desarrollo físico propio de los niños de su edad cronológica.

En los primeros años de vida, cuando el seguimiento es más estrecho por parte de la especialidad de Pediatría y la enfermería especializada en esta área, se objetivaron dificultades para la interacción con el entorno, donde destacaban en esos momentos, el rechazo por los ruidos fuertes, la falta de interés en la interacción con los niños de su edad (acudía al jardín de infancia) al igual que con sus familiares, en los primeros años de vida convivía con su madre.

También destacan la presencia de averciones al contacto con ciertos tejidos, por lo que se le realizaron varias pruebas complementarias para descartar la presencia de una patología a nivel sensorial, evaluándose la agudeza auditiva, agudeza visual que dificultasen la comunicación del menor debidamente con el medio que lo rodeaba. Tras la realización de las pruebas complementarias pertinentes, se descartó la presencia de patología orgánica y el menor fue derivado a Psiquiatría para evaluación por parte de la especialidad.

En la consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil, se explora al menor y se le pasan la escala ADI-R a la madre.

Tras ello, se concluye la presencia de un Trastorno del Espectro Autista de grado moderado a grave, y se inician una serie de terapias.

El menor presenta grandes dificultades para la conciliación del sueño, con la presencia de un aumento de la actividad psicomotriz, con aparición de tics y manierismos, que cada vez ocupan más tiempo en la vida del menor, por ello desde Psiquiatría Infanto-Juvenil se decide dar pauta de antihistamínico (Alimemazina, Théralène 0,05%) donde inician dosis de 2,5ml, donde ya al inicio del tratamiento se objetiva una clara mejoría en el descanso nocturno del menor, con remisión parcial de los tics complejos y manierismos presentes en el menor. Finalmente, la madre decide retornar a España, donde es arropada por sus familiares.

A su llegada a España a los tres años, rápidamente se ponen en contacto con su Pediatra de referencia y aportan todos los documentos que le facilitaron en Francia para mantener el tratamiento y seguimiento por parte de las diferentes especialidades. Sin embargo, el menor a pesar de todas las alarmas del principio y temores familiares a su respuesta por el cambio de su entorno habitual, esta es acogida con gusto manteniendo un buen descanso nocturno, y sin alteraciones de la conducta. A pesar de ello, su Pediatra decide derivarlo para seguimiento con Psiquiatría Infanto-Juvenil, se inicia el

seguimiento a los tres años.

En la primera consulta con la especialidad el menor, entra acompañado por su madre, actualmente en paro, y abuela materna, las cuales describen los primeros síntomas del menor que observan.

Antecedentes médicos: no presencia de reacciones adversas, ni alergias medicamentosas, ni alimentarias conocidas. Presencia de hipotonía muscular en los primeros meses de vida que se lograron corregir con la asistencia a fisioterapia. Embarazo dentro de la normalidad. Parto vaginal y sin incidencias. No presencia de otras alteraciones somáticas, ni intervenciones quirúrgicas hasta el momento.

Entre los antecedentes psiquiátricos personales presencia de diagnóstico clínico de un Trastorno del Espectro Autista de grado moderado-grave, con buena tolerancia a la Alimemazina que permite un buen descanso nocturno, y que es administrado de forma puntual, cuando el menor lleva varios días sin conciliar el sueño.

Los antecedentes psiquiátricos familiares: madre con presencia de trastorno mixto ansioso-depresivo a tratamiento con antidepresivos y benzodicepinas. La madre comenta que el padre del menor era un varón mayor, de 52 años, con una personalidad “peculiar”, no reconociendo la asistencia de patología psiquiatría en ninguna de las ramas pa-

ternas.

En la exploración psicopatológica en la consulta, nos encontramos con que está consciente, no presencia de lenguaje, por lo que no se puede establecer una entrevista reglada. Desde el inicio de la entrevista el paciente presenta una serie de movimientos estereotipados, saltos moviendo conjuntamente los brazos y la cabeza, que a la vez son reiterativos acompañados de chillidos agudos y sonidos guturales, que a medida que transcurre la entrevista van en aumento. A su vez, el paciente ante los juguetes que le ofrecemos solo muestra interés por aquellos de menor tamaño, que se los lleva a la boca y los golpea con los incisivos superiores.

Transcurridos 7 minutos de la observación y breve interacción con el menor, este se nos acerca y nos agarra del brazo, y nos utiliza como instrumento para que le acerque un objeto deseado por él, que finalmente acaba desechando. A lo largo de la exploración, el menor no mantiene contacto visual con ninguno de los presentes en la sala, no realiza la verbalización de ninguna palabra, ni sonido con finalidad de relacionarse con el entorno.

Con el transcurso de la exploración aumenta la excitabilidad, con un aumento de los manierismos y de los sonidos, también inicio de las autoagresiones, mordiéndose en la muñeca izquierda, donde ya posee una cicatriz antigua de

tres centímetros de diámetro.

A los pocos días acude la madre con el menor, ante la presencia de nuevos episodios de agitación psicomotriz, donde les indicamos que acudan a su Pediatra de forma preferente para una exploración somática que descarte la presencia de cualquier tipo de patología aguda no identificada previamente. Tras una complicada exploración somática, debido a la gran inquietud psicomotriz que presenta el menor, no se identifican datos sugestivos de infecciones agudas u otro tipo de enfermedades de reciente inicio. Se logra la toma de peso y temperatura óptica que se encuentran dentro de la normalidad.

Por ello, ante las grandes dificultades para la contención de los episodios de agitación, procedemos a pautar aripirazol solución; porque el menor no masticaba todavía; con un inicio lento y progresivo, pero al alcanzar la dosis máxima recomendada para el menor y la falta de efectividad, incluso observándose un aumento de los episodios de agitación en las últimas semanas, tras la instauración del mismo hace aproximadamente ocho meses.

Se decide su retirada progresiva, y cambio de antipsicótico atípico por risperidona solución, con un ascenso también lento y progresivo, minimizando así la presencia de los posibles secundarismos, hasta un máximo de un mililitro al

día, repartido en dos tomas al día, una al desayuno y otra en la cena.

Pasados tres mes de la instauración del nuevo tratamiento y la buena respuesta al mismo, acude la abuela del menor manifestando la presencia de un nuevo agravamiento de la clínica con una mayor acentuación de los síntomas de irritabilidad e hiperactividad del menor, por ello se procede a la pauta de una dosis baja de metilfenidato de liberación inmediata de cinco miligramos, del cual administramos un cuarto del comprimido por la mañana, con una respuesta parcial, por lo que procedemos a su aumento con medio comprimido, con aparición de un aumento de la agitación psicomotriz, irritabilidad, disforia e insomnio, el cual se suspende.

A pesar de ello, el episodio de alteraciones conductuales continuas y se decide administrar de urgencia diez mililitros de hidroxicina dihidrocloruro en solución (2mg/ml), ya que es lo que disponían en el Servicio de Urgencias de Pediatría, además precisábamos evitar el riesgo de un efecto paradójico de las benzodiacepinas en los niños.

La hidroxicina dihidrocloruro en solución tiene un efecto relajante y le permite reconducirse en menos de diez minutos, cuando lleva a la madre de la mano hasta su silla de paseo, que es la señal que de que el paciente desea irse. Para ello se da una pauta descendente de la hidroxicina.

En las sucesivas consultas, damos una pauta nocturna de la hidroxicina para favorecer el sueño a bajas dosis, pero que le permite descansar y junto con la risperidona, puede tolerar todas las horas en su Centro Educativo para menores con Trastornos del Neurodesarrollo, unido a una mejora en la búsqueda de la interacción con otros menores.

En el caso presentado la intervención que realizaremos será un abordaje multidisciplinar; es decir, debemos de proceder a una intervención conjunta con psicología, expertos en trastorno del espectro autista, como terapeutas ocupacionales, psicopedagogos y psiquiatras especializados en población infantojuvenil. Pero también debemos de coordinarnos con el equipo educativo escolar y tener muy en cuenta a los progenitores y cuidadores del menor. En nuestro caso, debemos de tener en cuenta a la madre, la abuela y una cuidadora que les facilitó durante dos horas al día la Asociación de Asperger, de la cual son socios desde su llegada al país.

6 Discusión-Conclusión

El tratamiento debe ser personalizado, ya que cada uno de los menores presenta diferentes síntomas, que deben de ser tratados específicamente. Sin embargo, nuestros objetivos siempre deben de ser los mismos, que los menores alcancen los hitos del de-

sarrollo correspondientes a su edad cronológica y condición evolutiva.

Desde el primer momento se debe de intervenir, a pesar de que no exista un diagnóstico plenamente establecido, ya que cuanto más temprana sea la intervención mayor serán los beneficios que aporten al menor. Este tipo de intervenciones deben realizarse en el entorno del menor de forma natural, y principalmente por los padres y/o cuidadores, como por los profesores. La finalidad de estas intervenciones es estimular principalmente, las áreas de la comunicación y de la interacción social, que siempre se deben de adecuar a la capacidad intelectual de cada menor.

El tratamiento farmacológico no es algo imprescindible en las personas con TEA, ya que no suelen aportar beneficios a mayores. Pero cuando se presenta una descompensación de su psicopatología basal, es cuando recurrimos a los fármacos. Los más empleados son los antipsicóticos atípicos aprobados por la FDA (Food and Drugs Administration) como la risperidona en el año 2006 y el aripiprazol en el 2009, estos mejoran la irritabilidad, disminuyen la frecuencia y gravedad de los episodios de agitación, la hiperactividad y los tics/esteriotipias.

En el caso de presentar dificultades en relación con el sueño, se podrá pausar la melatonina, para disminuir el insomnio de primera y segunda fase. Uno

de sus puntos fuertes son los pobres efectos secundarios que posee. Sin embargo, no siempre es la mejor opción, otras alternativas son: la clonidina, los antihistamínicos y la trazodona.

En el caso de los episodios de agitación, en relación con diferentes situaciones que, en la mayoría de las ocasiones, no son identificables para los cuidadores, tutores o progenitores de los niños con TEA. Ante estos episodios podemos pautar fármacos como la clonidina, guanfacina, propranolol, antipsicóticos atípicos, previamente mencionados. Estabilizadores del ánimo como litio y ox-carbamacepina; y benzodiacepinas de vida media larga como el clonazepam.

En los casos en los que el TEA presente la comorbilidad de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se pueden emplear psicofármacos psicoestimulantes como metilfenidato, pero estando atentos a los posibles efectos secundarios, motivos por los cuales se retirará. Si no también se pueden emplear fármacos no psicoestimulantes como atomoxetina y guanfacina de liberación retardada.

En el caso de presencia de ansiedad y depresión se emplean los siguientes ISRS como son fluoxetina, sertralina, citalopram y fluvoxamina; aunque no se han realizado estudios adecuados de efectividad.

Los puntos fuertes de este trabajo son el empleo de fármacos conocidos y con

los que tenemos mucha experiencia. Esto da una gran seguridad a los clínicos como a las familias, permitiendo así un buen cumplimiento terapéutico. Otro punto fuerte es el mostrar el caso de un menor de seis años con unas alteraciones muy graves que afectan a su calidad de vida y a su entorno académico, social y familiar.

Entre sus limitaciones está la escasa presencia de literatura científica en niños pequeños. El ser solo un caso clínico y, por lo tanto, mostrar un nivel de evidencia científica muy pobre.

Las conclusiones que podemos obtener tras la realización de este trabajo:

1.- La realización de este caso clínico nos permite repasar los Manuales Diagnósticos y descubrir las diferencias presentes entre ellos, pero debo de indicar que me parece que en todo ello hila más fino la CIE-10, mientras que en el DSM-5 se ha generalizado demasiado y se han introducido y mezclado demasiados criterios. A pesar de todo, el DSM-5 tiene una ventaja que es la clasificación de los niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista.

2.- Este tipo de trabajos permite que el resto de los compañeros de la profesión se sientan más seguros con el empleo de nuevos fármacos en los menores de edad. Apoyando así, la realización de nuevas investigaciones en el campo de la farmacología y genética.

3.- La valoración de las diferentes necesidades que presenta cada uno de

los pacientes con TEA, al igual que sus padres/cuidadores, con el desarrollo de diferentes terapias que permitan les permita entender mejor el entorno que les rodea.

7 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual para el Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. 5ª Ed. Barcelona.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental. Madrid.
3. Herreros Ó, Vázquez A, Díaz-Atienza F. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. En Soutullo C (ed.). Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente. 2º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
4. Álamo C, López-Muñoz F, Zaragoza C. Conceptos básicos en Psicofarmacología Pediátrica. En Soutullo C (ed.). Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente. 2º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
5. Hervás A. Psicofarmacología del TEA. En Soutullo C (ed.). Guía Esencial de Psicofarmacología del niño y del adolescente. 2º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
6. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en TEA. Revista de Neurología. 2016; 62 (S1)9-14.
7. Hervás A. Emotional dysregulation and autism spectrum disorders. Rev Neurología. 2017; 64 (Supl. 1): S0-S25.
8. Hervás A, Balmaña B, Salgado M. Los trastornos del espectro autista. Pediatría Integral. 2017; XXI (2): 92-108.
9. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorders: Recommendations for Practice and Research. Pediatrics. 2015; 136 (Suplement 1): S10-S40.
10. Álamo C. Peculiaridades psicofarmacológicas en la infancia. Ensayos clínicos. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2008; 25: 22-25.
11. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders. Curr Clin Pharmacol. 2014; 9:326-334.
12. Mardomingo MJ, Sánchez P, Catalina ML. Agitación psicomotriz y violencia. En Alda JA, Gabaldón S (ed.). Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. 1º Ed. Barcelona: Masson; 2006.
13. Gago A, Muñoz V, Ibáñez M. El niño menor de seis años. En Alda JA, Gabaldón S (ed.). Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. 1º Ed. Barcelona: Masson; 2006.
14. Gabaldón S, Domínguez MD. Aspectos éticos y legales en las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes. En Alda JA, Gabaldón S (ed.). Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. 1º Ed. Barcelona: Masson; 2006.
15. Mardomingo MJ. Antipsicóticos. Mardomingo MJ, Rodríguez P, Velasco A. Psicofarmacología del niño y del ado-

lescente. Madrid: Díaz de Santos, 1997; p.61-100.

16. Sáiz J. Eficacia de hidroxicina en el tratamiento de la ansiedad. *Rev. Psiquiatría Biológica*. 2000. Vol. 7. Num. 5 (194-201).

17. Lempp T, de Lange D, Radeloff D & Bachmann C. La evaluación clínica en niños, adolescentes y familias. Introducción. Cap A5.

18. Wang S-Y, Cui Y, Parrila R. Examining the effectiveness of peer-mediated and video-modeling social skills interventions for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis in single-case research using HLM. *Res Autism Spectr Disord*. 2011; 5 (1):562-9.

19. Weston L, Hodgekins J, Langdon PE. Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016; 49: 41-54.

20. Nazeer A. Pscopharmacology of autistic spectrum disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011, 58 (1), 85-97.

Artículo 8

CASO CLÍNICO: INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

ANA IBERO DÍAZ

AYOZE PAZ GARCÍA

SAIOA SEMBEROIZ ARAGUES

La insuficiencia cardíaca es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. En la mayoría de los casos es una afección crónica, pero se puede presentar repentinamente.

A medida que el bombeo del corazón se vuelve menos eficaz, la sangre puede acumularse en otras zonas del cuerpo. El líquido se acumula en los pulmones, el hígado, el tracto gastrointestinal, al igual que en los brazos y las piernas, probando edemas en las extremidades o ascitis. Esto se denomina insuficiencia cardíaca congestiva. Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son la arteriopatía coronaria y la hipertensión arterial que no esté bien controlada.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca con frecuencia empiezan de manera lenta. Con el tiempo, se pueden notar problemas como: dificultad respiratoria, tos, fatiga, debilidad, desmayos, palpitaciones, edemas y aumento de peso por retención de líquidos...

Las consecuencias más comunes de la insuficiencia cardíaca en estado avanzado son la muerte cardíaca súbita y una insuficiencia aguda de bombeo del corazón, por ejemplo, como resultado de un infarto de miocardio.

Tratamiento:

A menudo se puede controlar la insuficiencia cardíaca tomando medicamentos, cambiando el estilo de vida y tratando la afección que la causó. La prevención conociendo los síntomas que indican que su insuficiencia cardíaca está empeorando

ayuda al paciente a permanecer más saludable y fuera del hospital. En casa es adecuado mantener un control de los cambios en su frecuencia cardíaca, pulso, presión arterial y peso.

Es aconsejable limitar la cantidad de sal que se consume y la de colesterol. En personas con sobrepeso es importante que bajen de peso y descansen lo suficiente.

También existen las siguientes cirugías y dispositivos para personas con insuficiencia cardíaca:

- La cirugía de revascularización coronaria o angioplastia con colocación de stent.
- La cirugía de recambio de válvulas cardíacas.
- Implantación de marcapasos.
- Implantación de desfibrilador.

1 Palabras clave

Insuficiencia cardíaca, caso clínico y disnea.

2 Introducción

A.R. es una mujer de 73 años de edad, que vive con su marido, ambos jubilados. Acude a urgencias hospitalarias acompañada por sus dos hijos el día 9 de Febrero de 2022 por un cuadro de disnea de dos semanas de evolución. Comenzó con ruidos respiratorios y ha ido aumentando. No flemas, no fiebre. La mujer que se encuentra consciente y orientada.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca descompensada y exceso de anticoagulación. Se decide ingreso a cargo de medicina interna.

Anamnesis:

No bebedora ni fumadora. Paciente sin alergias conocidas.

Antecedentes personales: diabética insulino dependiente, tratada con ADO e insulina. Presenta cardiomegalia y FA. Diagnosticada de asma bronquial intrínseca en 2008. Seguida por Neumología desde entonces.

Tiene una vida semisedentaria, ya que no es capaz de realizar las AVD de manera independiente, aunque con ayuda sí puede. Camina con andador, ya que tiene dificultad para movilizar la pierna izquierda. Es ayudada a la hora de vestirse porque se fatiga. Para comer ella es capaz de llevarse la comida a la boca sin ningún tipo de ayuda. Su IMC es de 29, lo que indica sobrepeso. Su dieta en casa es diabética y sin sal. Sin intervenciones quirúrgicas de interés.

- Auscultación: Roncus y sibilancias generalizadas.
- Tórax: Tiraje subcostal.
- Abdomen: Cicatriz de laparotomía media infraumbilical, globuloso con distensión de rectos, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Ingreso:

A su llegada a la unidad de medicina interna se encuentra consciente y orientada, no refiere dolor. Se encuentra irritable e inquieta, con un lenguaje algo brusco y ansioso. Presentaba trabajo respiratorio. Portadora de gafas nasales a 3L. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable, aunque algo taquicárdica: TA: 134/78, Sat 96%, Pulso 112x'. Al llegar a urgencias su saturación era de 84%. Durante su estancia siempre está acompañada por sus hijos, que van turnándose cada noche. INR: 5,23, por lo que se le realiza control de anticoagulación durante la estancia hospitalaria.

Al tratarse de una insuficiencia cardíaca, se le realizarán controles de diuresis para calcular el equilibrio entre entradas y salidas.

3 Objetivos

- Conocer la fisiopatología de la insuficiencia cardíaca.
- Realizar un caso clínico de un paciente que sufre insuficiencia cardíaca.

4 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos como Medline. Además se ha recurrido a la herramienta NANDA para seleccionar los

diagnósticos de enfermería más adecuados para este caso.

5 Caso clínico

A continuación, realizaré la valoración del paciente siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson.

1. Oxigenación: Disnea de dos semanas de evolución, fatiga y sofoco. Tos y tiraje subcostal. Antecedentes cardíacos: Cardiomegalia y FA. Antecedentes respiratorios: Asma bronquial intrínseca.

- Manifestaciones de independencia: TA 105/59. No fumadora.

- Manifestaciones de dependencia: FC: 112 lpm, FR: 30 rpm. Saturación: 84% (sin mascarilla) / 96% con GN a 3L. FR irregular con trabajo respiratorio y tiraje. Edemas periféricos. INR: 5,2.

2. Comer y beber: En casa dieta diabética sin sal.

- Manifestaciones de independencia: piel y mucosa hidratadas. Buenas ingestas.

- Manifestaciones de dependencia: Peso 74,7kg (IMC 29: sobrepeso). DM tipo 2.

3. Eliminación:

- Manifestaciones de independencia: Buen control de micción y deposiciones.

- Manifestaciones de dependencia: Ninguna.

4. Moverse y mantener la postura: En

casa camina con andador y su marido le ayuda en las AVD.

- Manifestaciones de independencia: mantiene la postura en la cama.

- Manifestaciones de dependencia: Dependiente para AVD (con ayuda se maneja bien). Durante el ingreso debe mantenerse en reposo.

5. Dormir y descansar: Datos que pueden interferir en el descanso: portadora de GN, tratada con Seguril, dormir fuera de su entorno natural.

- Manifestaciones de dependencia: somnolencia, no descansa bien por disnea.

6. Vestirse y desvestirse:

- Manifestaciones de dependencia: le ayudan sus hijos o su marido.

7. Mantener la temperatura corporal:

- Manifestaciones de independencia: T^a axilar 36,1°C. Afebril.

- Manifestaciones de dependencia: palidez.

8. Estar limpio y aseado:

- Manifestaciones de independencia: buen aspecto general. Sin heridas ni UPP.

- Manifestaciones de dependencia: dependiente para el aseo.

9. Evitar peligros: Se encuentra encamada o en sillón y acompañada en todo momento. Portadora de CVP 20G ESD.

- Manifestaciones de independencia: No tiene dolor. Sin alteración de conciencia. Buena adhesión al tratamiento. Sin alergias conocidas. Consciente de su es-

tado actual.

- Manifestaciones de dependencia: Ansiedad. Trastornos del equilibrio.

10. Comunicación:

- Manifestaciones de independencia: Consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Funcionamiento de órganos sensitivos conservada. Se comunica con lenguaje claro. Mantiene buena relación con su familia (hijos)

- Manifestaciones de dependencia: irritable al hablar.

11. Actuar según creencias y valores: no valorado en la unidad.

12. Ocuparse para realizarse:

- Manifestaciones de dependencia: vida semisedentaria.

13. Recrearse: no valorado en la unidad.

14. Aprender:

- Manifestaciones de independencia: conoce y entiende su tratamiento y patología.

Formulación de problemas:

• Problemas interdependientes:

- Insuficiencia cardiaca descompensada

- Exceso de anticoagulación

- Asma bronquial intrínseca

- Diabetes Mellitus tipo 2

• Diagnósticos de enfermería:

- Disminución del gasto cardíaco

- Exceso de volumen de líquidos

- Deterioro del intercambio de gases

- Ansiedad

- Intolerancia a la actividad

- Insomnio
- Sobrepeso
- Déficit de autocuidado: Vestirse
- Riesgo de caídas

• Complicaciones potenciales:

- Edema pulmonar
- Hemorragia

DATOS ALTERADOS A CONSIDERAR	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Edemas periféricos, taquicardia (112lat/min) taquipnea (30 resp/min), ritmo cardiaco irregular, ruidos cardiacos anormales	Insuficiencia cardiaca descompensada	Disnea, fatiga, palidez y ansiedad
Saturación O ₂ : - 84% (sin mascarilla) - 96% con GN a 3L Estertores,	Asma + ¿Posible derrame pulmonar? → En estudio	
Exceso de anticoagulación	INR: 5,2	Aumenta el riesgo de hemorragias
Cansancio e insomnio	Debido al ingreso hospitalario	Mayor nivel de malestar, somnolencia y agotamiento físico, irritabilidad
Movilidad disminuida, dependiente para las AVD, en casa es ayudada por su marido, IMC: 29	Edad avanzada, insuficiencia cardiaca crónica, reducida movilidad de rodilla	Intolerancia a la actividad, vida semisedentaria, camina con andador, riesgo de caídas, sobrepeso

6 Discusión-Conclusión

Tras varios días con una buena evolución clínica, sin sensaciones de disnea, saturaciones de 96% basal, estabilidad hemodinámica, buen control de glucemia (dtx de 118-138mg/dL), buenas ingestas, analíticas sin alteraciones y sin fiebre, se decidió darle el alta hospitalaria el día 24 de Febrero, por lo que el ingreso duró 15 días exactamente.

Al tratarse de una mujer de edad avanzada, las recomendaciones al alta son más generales y no se centran únicamente a su patología de base. Estas recomendaciones se dirigen a cuidados que surgen debido a estas necesidades:

- Insuficiencia cardíaca: Realizar cuida-

dos preventivos para que la patología no se descompense.

- Asma bronquial: evitar episodios de sofocos y disnea.
- Riesgo de caídas por inestabilidad en la marcha: fomentar y animar a que camine y no tenga miedo a poder caer.
- Déficit de autocuidados al vestirs: ayuda por parte de la familia y refuerzo.
- Diabetes Mellitus: Control de glucemia.
- Manejo de la energía por intolerancia a la actividad: evitar episodios de disnea.
- Sobrepeso: Asesoramiento nutricional.

Escalas al alta:

- Escala de disnea: grado 1.
- Escala de caídas Downton: puntuación 3 (riesgo moderado).
- Caídas previas: No 0.
- Medicación: Diuréticos 1.
- Déficit sensoriales: Ninguno 0.
- Estado mental: Orientado 0.
- Deambulación: Insegura con ayuda 2.
- Escala de AVD Barthel: puntuación 65 (Dependencia moderada)
- Comer: Necesita ayuda 5.
- Lavarse-bañarse: Necesita ayuda 5.
- Vestirse: Necesita ayuda 5.
- Deposición: Continente 10.
- Micción: Continente 10.
- Ir al retrete: Es capaz con ayuda 5.
- Trasladarse cama-sillón: Mínima ayuda 10.
- Deambulación: Necesita ayuda 10.

Subir y bajar escaleras: Necesita ayuda
5.

7 Bibliografía

1. MedlinePlus: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, Generalidades sobre la insuficiencia cardíaca, febrero de 2016, <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000158.htm>.
2. Redacción de Onmeda.es, Para tu salud, Insuficiencia Cardíaca: Evolución, 2012 http://www.onmeda.es/enfermedades/insuficiencia_cardiaca-evolucion-3285-17.html.
3. Servicio andaluz de Salud, Consejería de Salud, Autonomía para las actividades de la vida diaria –Barthel-<http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>.
4. Hospital Santa Cruz, Protocolo de prevención de caídas, Escala de valoración de Downton (adultos), Anexo 1, http://hospitalsantacruz.cl/17protocolos/2protocolos_ambito/GESTION%20CLINICA/Eventos%20Adversos/EA%20Caidas/Anexo%201%20E.%20Dowmton.pdf.
5. Servicio andaluz de Salud, Consejería de Salud, Escala de disnea –MRC modificada- http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_disnea_mrc_modificada.pdf.
6. NANDA International Nursing Diagnoses. NNN Consult. Elsevier © 2022 <https://www.diagnosticsnanda.com>.

Artículo 9

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS VÓMITOS EN PACIENTES DE EDAD PEDIATRICA

AINHOA MENDI MARTOS

RAFAEL VIEGA MENDEZ

ANDREA GOMEZ BORJA

- Introducción:

Los vómitos son una causa frecuente de consulta en la edad pediátrica, generalmente producidos por una causa vírica. Su inicio suele ser súbito y ceden espontáneamente sin requerir tratamiento en 24-48 horas.

- Objetivo:

Conocer las causas más frecuentes de vómitos en edad pediátrica, conocer el manejo los vómitos en pediatría, conocer los síntomas de alarma de vómitos en pediatría.

- Material y métodos:

para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

- Resultados:

El manejo domiciliario de los vómitos incluye medidas higiénico-dietéticas y la vigilancia de síntomas de alarma. El tratamiento farmacológico se limita al medio hospitalario.

- Conclusiones:

La mayoría de los casos pueden tratarse en el domicilio mediante una rehidratación oral y vigilancia de posibles síntomas de alarma que indiquen la necesidad de una nueva valoración médica.

1 Palabras clave

Vómitos, pediatría, Sales de rehidratación oral y síntomas de alarma.

2 Introducción

Los vómitos se definen como la expulsión involuntaria del contenido gástrico por la boca. Representan un motivo de consulta muy frecuente tanto en atención primaria como en urgencias. Frecuentemente se producen por causa infecciosa (gastroenteritis aguda, infecciones respiratorias, otitis, infecciones del tracto respiratorio y urinario, sepsis, meningitis). La causa quirúrgica más frecuente es la invaginación y la apendicitis. También pueden deberse a una causa neurológica, en cuyo caso su presentación es aislada y requieren un diagnóstico precoz.

La anamnesis debe incluir las características del vómito, la cantidad, la evolución (vómitos progresivos que empeoran con el tiempo, no progresivos y vómitos recidivantes que reaparecen tras una cierta mejoría), el contenido (presencia de sangre, bilis o heces), la frecuencia y la relación o no con las comidas, el modo de presentación del vómito (agudo, gradual, intermitente) y la duración del episo-

dio. También deben incluirse posibles síntomas asociados al vómito como anorexia, somnolencia, llanto e irritabilidad, diuresis, la presencia de dolor abdominal y las características del mismo (tipo cólico, opresivo, irradiado o fijo).

La exploración física del niño con vómitos debe incluir el estado general, el grado de hidratación mediante la observación del estado de las mucosas y la turgencia de la piel, la valoración del estado neurológico y una exploración física completa (toma de tensión, frecuencia cardíaca y temperatura, auscultación y palpación abdominal).

En la mayoría de los casos no es necesaria la realización de pruebas complementarias, ya que el diagnóstico se realiza mediante la clínica y exploración física del paciente.

Entre los síntomas de alarma destacan la alteración del estado general (indicativo de deshidratación), taquicardia persistente, hipotensión, pérdida de peso, alteración en la exploración neurológica, distensión abdominal, ausencia de ruidos abdominales y vómitos biliosos, fontanela abombada en recién nacidos y lactantes, vómitos proyectivos no biliosos en lactantes de 3-6 semanas de vida (debe sospecharse la existencia de una posible esteno-

sis hipertrófica del píloro), vómitos malolientes y antecedentes de traumatismo complementario.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cuales son las causas más frecuentes de vómitos en pediatría.

Objetivos secundarios:

- Conocer el manejo de los vómitos en pediatría.
- Conocer los síntomas de alarma de vómitos en pacientes en edad pediátrica.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en distintas bases de datos, revistas científicas y páginas de sociedades científicas. Tras una lectura crítica, se han seleccionado los artículos científicos más relevantes para el tema a estudio.

5 Resultados

El manejo domiciliario de los vómitos en pediatría incluye medidas dirigidas a evitar el contagio de nuevos miembros de la familia y la rehidratación oral para evitar la deshidratación secundaria a los vómitos.

Para evitar nuevos contagios a otros miembros de la familia, es necesario extremar las medidas de higiene. El lavado de manos es la medida más importante para evitar la transmisión, especialmente tras el contacto con alimentos, antes de comer, acudir al baño o cambiar el pañal al niño afectado.

Dentro de las recomendaciones dietéticas para evitar la deshidratación, se indica la hidratación con líquidos fríos en pequeñas cantidades (una cucharadita de postre cada 5-10 minutos). Se recomienda esperar 30 minutos tras el último vómito para iniciar la tolerancia oral. Pueden emplearse sales de rehidratación oral (SRO) de venta en farmacias. Deben evitarse los zumos y refrescos por su contenido en azúcares. Una vez que los líquidos sean bien tolerados (generalmente unas 3-4 horas tras iniciar la rehidratación con SRO), pueden irse introduciendo alimentos en pequeñas cantidades, siguiendo una dieta basada en hidratos de carbono (arroz, patatas, pan), yogures naturales, carnes y pescados a la plancha. Deben evitarse los alimentos con alto contenido en grasas o condimentos, así como priorizar el cocinado a la plancha o vapor. Los lactantes alimentados con leche materna deben continuar con la misma, fraccionando las tomas. Los lactantes alimentados con leche artificial deben continuar con su fórmula habitual, fraccionando las tomas.

Deben vigilarse la presencia de sig-

nos de deshidratación, que incluyen la presencia de sed intensa, la disminución de la cantidad de orina (no orinar en más de 6h), sequedad de mucosas (boca y lengua). En estos casos se recomienda la valoración por un profesional sanitario. Otros motivos de consulta médica incluyen la incapacidad para iniciar tolerancia oral (vómitos persistentes, aunque no tome nada), frecuencia de los vómitos mayor a 5 episodios en 12 horas o persistencia de los mismos más de 48 horas, temperatura superior a 38.5°C, dolor abdominal intenso, vómitos de color verde, con sangre o muy bruscos, distensión abdominal, ausencia de deposición ni gases y deterioro importante del estado general.

El uso de fármacos se limita al medio hospitalario. El ondansetron ha demostrado ser útil para reducir el número de vómitos en casos de causa infecciosa (gastroenteritis aguda), el número de ingresos y las reconsultas. Ha demostrado ser un fármaco seguro con mínimos efecto secundarios.

6 Discusión-Conclusión

Los vómitos son una causa bastante frecuente de consulta en la edad pediátrica, generalmente producidos por una causa vírica. Su inicio suele ser súbito y ceden espontáneamente sin requerir tratamiento en 24-48 horas. El manejo domiciliario incluye la rehidrat-

ción mediante sales de rehidratación oral, siguiendo con una dieta progresiva una vez que se haya restablecido la tolerancia oral. Deben vigilarse signos de alarma ante los cuales consultar con el profesional sanitario (alteración del estado general, llanto, irritabilidad, fiebre, dolor abdominal, características de la orina y de las heces, etc.)

El uso de fármacos no está indicado de forma sistemática ya que generalmente el cuadro cede de forma espontánea con reposo y dieta adecuada. Su uso se limita al medio hospitalario, siendo el ondansetron el fármaco indicado para el tratamiento de vómitos en pacientes pediátricos.

7 Bibliografía

1. Hospital Universitario General de Catalunya. Consejos de salud. Disponible en: <https://www.hgc.es/es/pacientes-visitantes/consejos-salud/pediatria/vomitos-pediatria.ficheros/1768942-075-HGC9.2-P10-A1%20V%C3%B3mitos%20en%20pediatria%20V.4.pdf>.
2. Peñalba A, Vázquez P. Vómitos. Anales de Pediatría Continuada [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-vomitos-S1696281809732007>.
3. Osakidetza. Escuela de Salud. Recomendaciones útiles pediátricas “vómitos”. Disponible en:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedades-comunes-pediatria/-/recomendaciones-utiles-pediatria-vomitos/>.

Artículo 10

RECURSOS TERAPÉUTICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARA DOBAN VAZQUEZ

Un tratamiento abarca las formas o medidas utilizadas para conocer la esencia de algo con el fin de encontrar una cura o alivio de la enfermedad o de los síntomas que nos provoca. Para ello debemos conocer el agente o factor patógeno y su mecanismo de acción así como los tipos de medidas para poder escoger el que mejor se adapte al caso.

1 Palabras clave

Tratamiento y recursos.

2 Introducción

Un tratamiento es un conjunto de medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es interrumpir un proceso patológico y que han sido estudiados detalladamente para afectar lo mínimo posible a los tejidos y órganos sanos así como al paciente.

La etiología estudia el origen o las causas de una enfermedad y la patogenia estudia la manera en que se desarrollan las alteraciones de un agente etiológico desde el estímulo hasta que

finaliza la enfermedad, conocer estos dos puntos de una enfermedad es esencial a la hora de intentar establecer un tratamiento adecuado frente a ella, ya que nos permite establecer medidas específicas.

Una vez que conocemos la etiología y la patogenia se debe establecer un plan de tratamiento, es decir, planificar todas las medidas terapéuticas que se deben aplicar con el fin de causar el mejor efecto posible en el paciente.

Para una correcta planificación del proceso se debe comenzar por definir los problemas que presenta el paciente, además de precisar los objetivos del tratamiento, plantear un esquema terapéutico, facilitar la información, las instrucciones y advertencias pertinentes,

dar paso a comenzar el tratamiento y supervisar la evolución del tratamiento desde que comienza hasta que se finaliza.

3 Objetivos

Conocer la definición de tratamiento, la clasificación de las medidas que pueden conformarlo y los principales recursos terapéuticos que existen en el ámbito sanitario.

4 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda a partir de la consulta de artículos en las principales bases de datos Pubmed y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y que tengan que ver con los tratamientos y las medidas que los conforman.

5 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente un tratamiento es una medida cuya finalidad es interrumpir un proceso patológico, y esta puede ser de cualquier tipo: medicamentos, dietas, higiene, o medidas mas complejas como intervenciones quirúrgicas, radioterapia, etc.

El médico debe estar informado de cualquier medida, ya que el mínimo en-

mascamiento de síntomas, reacción o interacción con cualquier producto o sustancia a la hora de establecer el tratamiento puede provocar errores en el diagnóstico, la evolución o el mismo tratamiento.

El plan debe incluir las medidas que el médico considere que se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Las medidas específicas son aquellas que actúan directamente sobre la causa o el mecanismo que la provoca y las sintomáticas, por el contrario las que alivian los síntomas por separado.
- Las medidas son curativas en el caso de que puedan curar la enfermedad o paliativas en caso de enfermedades terminales que sirvan para aliviar o mitigar los efectos.
- Las medidas se denominan locales cuando actúan en un foco concreto o sistémicas si estas abarcan todo el organismo.
- Las medidas son conservadoras cuando tratan de controlar la enfermedad sin aplicar medidas agresivas o no aplica todos los procedimientos disponibles o en cambio, son radicales si utilizan todos los medios posibles para terminar con la enfermedad.
- Las medidas invasivas son aquellas que requieren la intervención de cirugía o son no invasivas en los casos que se pueda evitar el uso de la misma.
- Hablamos de medidas farmacológicas o no farmacológicas en función de si incluyen o no medicamentos en el plan a establecer.

- Y hablamos de medidas individuales si se aplican a un solo paciente o de grupales si es necesario tratar a varios pacientes a la vez.

6 Discusión-Conclusión

Lo más importante a la hora de establecer un tratamiento son la etiología y la patogenia, en base a esto y a los tipos de medidas mencionados anteriormente los principales recursos terapéuticos en el ámbito sanitario son:

Las medidas higiénicas que tratan de conservar la salud y de prevenir las enfermedades son ejemplos el cambio de dieta, la higiene personal, cambios de hábitos, etc.

La farmacoterapia, tratamiento con medicamentos controlado por el médico o por la enfermera en caso de ingreso. Dentro de estas podemos destacar también la quimioterapia específica del cáncer.

La radioterapia que consiste en el empleo de radiaciones ionizantes.

La cirugía, medida que implica la manipulación mecánica de la anatomía del paciente.

La fisioterapia que tiene como objetivo principal paliar síntomas de varias dolencias.

Badía M, Clopés Estela A. Interacción entre tratamientos oncológicos y soporte nutricional. *Nutr Hosp.* 2016 Jun 3;33 (Suppl 1):179. Spanish. doi: 10.20960/nh.179. PMID: 27269219.

2. Villasana Escobar A. Un condimento para la investigación. *El Chile y sus recursos terapéuticos. Bol Soc Mex Hist Filos Med.* 1986;9(57):74-8. Spanish. PMID: 11629578.

7 Bibliografía

1. Fort Casamartina E, Arribas Horiguela L, Bleda Pérez C, Muñoz Sánchez C, Peiro Martínez I, Perayre

Artículo 11

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE QUEMADO

CLAUDIO MENDOZA GALIANO

Las quemaduras son la aplicación de calor, radiación, radioactividad, electricidad o contacto con productos químicos en la piel y en tejidos orgánicos, es muy importante abordarlas a tiempo para evitar secuelas a largo plazo. Las principales secuelas de las quemaduras son: contracturas articulares, disfunciones motoras, alteraciones sensoriales, alteraciones en las actividades de la vida diaria, problemas psicológicos y sociales. La función del fisioterapeuta será evaluar el impacto de las quemaduras en las alteraciones físicas y sensoriales sobre las actividades de su vida cotidiana.

1 Palabras clave

Fisioterapia, quemaduras, ejercicios, tratamiento.

2 Introducción

Las quemaduras son en la actualidad la segunda causa de muerte tras un traumatismo; ya que en primer lugar encontramos a lo largo de los años los accidentes de tráfico. Se ha convertido en un accidente frecuente y a su vez genera una gran incapacidad; puesto que la persona que sufre una quemadura ve

afectada su condición física y psicológica.

Según los últimos datos, en los últimos años gracias a los adelantos presentes, la supervivencia tras una gran quemadura ha aumentado; pero junto al aumento de la supervivencia encontramos procesos de recuperación que implican un tratamiento rehabilitador cada vez más completo y complejo que necesita de un equipo multidisciplinar para abordar el tratamiento. Es muy importante, tras sobrevivir, poder conseguir la mayor independencia posible. El proceso de recuperación tras una

gran quemadura puede alargarse en el tiempo durante varios meses; la intervención debe ser lo más temprana posible. El tratamiento variará según el grado de la quemadura, las lesiones que presente el paciente, así como las posibles complicaciones asociadas al proceso. El paciente quemado necesita de un abordaje complejo; a la hora de intervenir desde un equipo multidisciplinar el papel del Terapeuta Ocupacional y del Fisioterapeuta es fundamental.

Las quemaduras se producen en la piel y en tejidos orgánicos tras la aplicación de calor, radiación, radioactividad, electricidad o contacto con productos químicos. Uno de los sitios del cuerpo que con más frecuencia sufren una quemadura son las manos (las solemos utilizar para protegernos la cara del agente que causa la quemadura), un lugar que además se caracteriza por su complejidad anatómica y funcional, requiere un tratamiento más preciso para evitar la deformidad y la pérdida de rango articular en una articulación tan utilizada en nuestro día a día. El fin siempre será conservar la funcionalidad de la mano. El trabajo conjunto desde Terapia Ocupacional y Fisioterapia se centra en el tratamiento y a su vez de la prevención de las posibles complicaciones con el fin de que la persona que sufre quemaduras consiga independencia para todas las actividades de la vida diaria que realizaba antes de sufrir la lesión.

Un tratamiento precoz es muy importante para minimizar las secuelas. El tratamiento comienza desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la rehabilitación acompañará todas las fases hasta el alta. Encontramos como consecuencia de las quemaduras contracturas articulares, disfunciones motoras, alteraciones sensoriales, alteraciones en las actividades de la vida diaria, problemas psicológicos y sociales. Se interviene reduciendo edemas, previniendo contracturas y retracciones que provoquen cicatrices, realizando férulas posturales, movilización gradual para mantener el mayor rango articular posible, ejercicios de entrenamiento de las actividades de la vida diaria, etc.

El posicionamiento del paciente tras las quemaduras y su estancia hospitalaria es muy importante para prevenir contracturas que a su vez tendrán repercusión en la recuperación del paciente (disminuyen los edemas, evitamos úlceras por presión, favorecemos la cicatrización, etc.). Los miembros afectados por las quemaduras deben estar en extensión y para ello utilizar almohadas o cuñas. Para la prevención de contracturas y deformidades también son utilizadas las férulas posturales desde la fase inicial. Se realizan en material termoplástico para poder irlas adaptando según la recuperación del paciente. En ocasiones se utilizan antes de realizar el tratamiento quirúrgico para compensar las contracturas y así

evitar su paso por el quirófano o minimizarlo. La férula no debe provocar dolor al paciente, suele utilizarse encima de la cura una vez que esta está tapada, al realizarse con material termoplástico son ligeras y fácil de limpiar. Según en la etapa en que nos encontremos favorecerá también la función que realicen las articulaciones (al comienzo del tratamiento utilizamos férulas estáticas para posicionar y después comenzar a utilizar dinámicas para ganar rango articular). Se colocan desde la fase inicial, en una posición contraria a la que se va a producir la deformidad.

La realización de ejercicios terapéuticos (isométricos, ejercicios activos y pasivos, propiocepción, etc.) favorece también la elasticidad de la piel a la vez que se trabaja el movimiento articular y la fuerza muscular que le permita recuperar poco a poco el movimiento adecuado de las articulaciones. Es importante adaptar los ejercicios terapéuticos a las diferentes fases en las que se encuentre el paciente. Se suelen realizar las movilizaciones en las primeras fases antes de las curas y se coordinará con el equipo de enfermería para que las curas y los vendajes no limiten más de lo necesario la movilidad del paciente. El Terapeuta Ocupacional y el fisioterapeuta evalúan el impacto de las quemaduras en las alteraciones físicas y sensoriales sobre las actividades cotidianas y a través de actividades propositivas busca que la persona vuelva a su estado previo a la

quemadura. Un aspecto importante es el control del dolor del paciente quemado para que pueda recuperar lo máximo en los tratamientos rehabilitadores. En estos pacientes se ve incrementado el nivel de intensidad del dolor ocasionando también problemas psicológicos como ansiedad. Es recomendable evaluar con las escalas adecuadas (escala EVA y escalas numéricas NRS) los niveles y regularlos con analgesia. El dolor suele ser constante y permanente en el proceso de recuperación por ello insistir en su abordaje porque disminuye la adherencia al tratamiento, generando incapacidad para las actividades de la vida diaria.

La importancia de realizar un tratamiento en equipo e implicar al paciente en el establecimiento de objetivos hará que la persona enfoque su tratamiento y los resultados de forma más significativa y poco a poco aprecie cómo consigue las metas propuestas. Con la rehabilitación conseguirá el mayor nivel de autonomía posible.

3 Objetivos

El objetivo de este capítulo ha sido analizar y determinar mediante la presentación de un caso clínico los distintos abordajes utilizados en la rehabilitación integral desde la Terapia Ocupacional y la Fisioterapia y los beneficios que ambas disciplinas reportan en este tipo de pacientes.

4 Caso clínico

Paciente de 48 años de edad, casada y con un hijo de 18 años de edad recién cumplidos y que va a empezar a estudiar arquitectura en la universidad, la paciente se encuentra en estado de inconsciencia e insuficiencia respiratoria, también presenta signos de shock hipovolémico con múltiples quemaduras que superan un tercio de la extensión corporal (afectación de cabeza, cuello, cara anterior de torso, ambas muñecas y tercios distales de ambas piernas). La paciente es llevada al servicio de urgencia donde va a ser tratada con fluidoterapia para hidratarla y frenar los síntomas de deshidratación que presenta la paciente. Tras administrarle la fluidoterapia se le realizará una traqueostomía y posteriormente se le realizarán injertos autólogos en la región de los miembros inferiores.

Durante la estancia en la unidad especializada de grandes quemados la paciente presentaba:

- Un estado de conciencia sin alteraciones psicológicas ni rasgos depresivos aparentes, pero sí apáticos y abúlicos.
- Escasos intentos de comunicación con el personal sanitario independientemente de la dificultad a causa de la traqueostomía.
- Capacidad funcional gravemente deteriorada, siendo dependiente en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- Rango articular disminuido en ambas

cinturas escapulares y región cervical en todos los sentidos del movimiento.

- Rigidez para la extensión de rodilla derecha.

- Una importante tendencia al equinismo en ambos pies.

Tras lograr recuperarse de casi todas las heridas que sufrió provocadas por el fuego la paciente es derivada por el equipo médico a la unidad de rehabilitación donde iniciará un tratamiento de fisioterapia basado en la movilización precoz y en el ejercicio físico del paciente gran quemado para mejorar el pronóstico funcional disminuyendo las secuelas a medio y largo plazo que le puede dejar las quemaduras que sufrió.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Terapeuta Ocupacional y el Fisioterapeuta es imprescindible dentro de los equipos de rehabilitación con pacientes quemados. Podemos confirmar nuestra hipótesis principal, es múltiple la evidencia científica que avala el trabajo de estas disciplinas que repercute directamente en la calidad de vida del paciente.

Resaltar la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar. Siempre debemos tener presente la adaptación de los diferentes tratamientos a nuestro paciente en particular y las diferentes patologías que presente junto a las quemaduras. En ocasiones los costes del tratamiento de las secuelas son eleva-

dos, por lo que hay que priorizar un tratamiento precoz, porque por ejemplo las retracciones que se instauran necesitan varias cirugías para corregirlas. Es importante actuar y rehabilitar a tiempo a nuestros pacientes.

La Terapia Ocupacional aporta una perspectiva centrada en la persona y la ocupación. Acompaña a las personas en las actividades y roles de su vida. La Fisioterapia trabaja directamente el estado de salud de los pacientes desde el ejercicio físico y la regulación de la actividad muscular centrada en mantener una condición óptima de calidad de vida. Aunque es amplia la evidencia científica encontrada, son necesarios más estudios desde ambas disciplinas para extrapolar más conclusiones.

Un punto que se debería explorar y trabajar más sería la pérdida de la capacidad laboral tras una gran quemadura. Sería necesario investigar más cómo afecta este proceso al rol laboral o al juego y la escolarización en el caso de los niños. A propósito de los niños, ocurre como en tantas ocasiones, encontramos mucha información de estudios con adultos y muy escasa con niños.

6 Bibliografía

1. Chouza Insua M, Viñas Diz S, Patiño Núñez S, Martínez Bustelo S, Molina MC, Amuchástegui O. Fisioterapia en los Pacientes Quemados. Quemaduras, Tratamiento Fisioterápico

y aspectos relacionados [Internet]. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. Elsevier; 2004. Encontrado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-fisioterapia-pacientes-quemados-quemadurastratamiento-fisioterapico-13068874>.

2. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Abordaje desde la fisioterapia en pacientes con cicatrices por quemaduras. Revisión Sistemática [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. Encontrado en: <https://revistamedica.com/fisioterapia-pacientes-cicatrices-quemaduras/amp/>.

Artículo 12

TRABAJO EN LA CONSULTA DENTAL A CUATRO MANOS

MARIA FUERTES REY

Es el trabajo que se realiza en Odontología en una clínica dental por el odontólogo y el higienista dental utilizando las cuatro manos, se realiza para optimizar las tareas es primordial el control postural y las áreas de trabajo para ser efectivos.

1 Palabras clave

Áreas de trabajo, posición y ergonomía.

2 Introducción

El concepto "trabajo a cuatro manos" se utiliza en Odontología para definir el trabajo que realizan el odontólogo y el higienista, sabiendo delimitar cada uno su función para optimizarlo y tener un buen control postural, dichas funciones cada uno lo realiza en una zona que se denomina área y estas se dividen en:

- Área del operador, es la zona del odontólogo que está situado entre las doce y las y las siete.
- Área de trasferencia, es la zona de intercambio del material de los operarios es entre las cuatro y las siete.
- Área estática es la zona que se utiliza

el higienista para dejar el material, es entre la una y las dos.

- Área de actividad o campo operativo que es la zona la boca de paciente donde se realiza el trabajo.

- Área del ayudante, este se coloca en frente del operador, está comprendida entre las dos y las cuatro.

La posición ideal para realizar el trabajo de los profesionales se describe como un triángulo equilátero ideal o triángulo fisiológico de sustentación que lo forman una línea imaginaria que pasa por las rodillas y el cóccix. Los dos operarios deben sentarse en a la misma altura uno enfrente uno del otro con las piernas debajo de sillón entrecruzadas con los muslos paralelos al suelo y estos forman un ángulo de 90° con las piernas y los pies apoyados en el suelo, la columna está en lordosis lumbar fi-

siológica lo mas cercano al paciente y este está en el sillón en decúbito supino.

3 Objetivos

Dar a conocer el concepto "trabajo a cuatro manos" en la consulta dental.

4 Metodología

Para realizar el presente artículo de la Revista Española Investigación se han examinado los artículos en las principales bases de datos como son, Pudmed, Medline, Scielo eligiendo artículos que provienen de publicaciones académicas revisadas así como se ha realizado averiguaciones sistémicas de libros.

5 Resultados

Desde los orígenes las personas evitan el dolor se intenta evitar la hipersensibilidad dentinaria. Los tratamientos son que preventivos como son aplicación de flúor tanto en la consulta que la concentración de este es mayor como son los barnices o los geles que las aplicaciones en casa que son a través de colutorios o pastas dentífricas. Hoy otros tratamientos como son terapéuticos como es la aplicación de láser, pero no se ha demostrado el efecto perseguido y la cirugía de estética periodontal, es a través de desplazamiento del colgajo coronalmente, otros factores es la educación del paciente debe

ser instruido en cuanto a la dieta, técnica de cepillado y registros de la placa bacteriana para mejorar la hipersensibilidad.

Dependiendo de la saliva que puede ser alcalina o ácida afecta a las lesiones erosivas de las piezas dentales sumando las técnicas de cepillado así como, alimentos con alto contenido de ácido, en este caso hay que recomendar al paciente.

También hay técnicas fisiológicas que solo el cuerpo reduce la sensibilidad produciendo calcio en los túbulos dentinarios el cuerpo reacciona antes los estímulos del frío o calor.

Se ha demostrado que es importante saber el diagnóstico para poder hacer un tratamiento adecuado como es el diagnóstico diferencial, ya que la hipersensibilidad se puede confundir con más enfermedades de la boca y otro factor son los etiológicos y predisponente como son abrasivos, erosivos.

Se ha estudiado que los tratamientos depende de la severidad de las lesiones y de las piezas afectadas.

Los tratamientos más utilizados son los desensibilizantes en la consulta por el odontólogo o por el higienista por estudios realizados in vitro son lo que producen oclusión de los túbulos dentinario o alteración de la actividad neural de la pulpa con la disminución de la excitabilidad.

6 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado durante años y se ha estudiado la eficacia del trabajo a cuatro manos, lo primero es saber con exactitud la función de cada uno de los operarios y la comunicación entre ellos para que sea un éxito el trabajo en concreto, en otros se realiza por la efectiva el trabajo a dos manos. Tanto para las dos técnicas es importante la ergonomía para hacer el trabajo más eficiente y más cómodo para el odontólogo como para el higienista y el paciente así como saber adaptarse para las dos técnicas, teniendo en cuenta el cambio postural y simplificando los movimientos cumpliendo las normas de posición.

7 Bibliografía

1. Maxilaris 2022. Trabajo a cuatro manos. Dr. Manuel López Nicolás. Profesor de Ergonomía de la Facultad de Medicina -Odontología. Universidad de Murcia.
2. Dra. Leonor Pérez Lanjarín. Profesora Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Medicina-Odontología. Universidad de Murcia.
3. José M.^a Vega del Barrio. Universidad Complutense de Madrid. Ergonomía y Odontología.

Artículo 13

EXTRACCIÓN DEL ÚTERO MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MILAGROS ESCALONA BELMONTE

HOSNIA DRIS MOHAMED

YOLANDA SANCHEZ RUIZ

MARÍA JESUS GUERRA CASTRO

LAURA RUIZ FERNANDEZ

La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de que el óvulo se deposite para ser fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad. Aun perdiéndose el útero, pueden llegar a subsistir los ovarios, lo cual hace posible la fecundación asistida de óvulos y la anidación en el útero de otra mujer.

1 Palabras clave

- TCAE.
- Útero.
- Ovario.
- Fecundación.

2 Introducción

Una extracción de útero es una cirugía u operación como mejor se entienda, donde se retira el útero por diversas causas que no se deben enumerar ahora. El útero, órgano femenino, es donde se desarrolla el feto una vez fe-

cundado el óvulo, si a la paciente se lo quitan ya no podrá quedarse embarazada, ya que no se podrá desarrollar el feto, y porque no tendrá la menstruación, ya que no tiene útero que es el órgano que reproduce la menstruación. Esta operación se suele realizar cuando se encuentran tumores uterinos, cáncer de ovario, hemorragias vaginales muy grandes y duraderas, etc. como cada cirugía u operación puede tener riesgos o efectos secundarios, y a veces las pacientes necesitan transfusiones de sangre. Estas operaciones pueden causar traumas al igual que dolencias como puede ser dolor de espalda, el ejercicio con un fisioterapeuta suelen dar buen resultado. No siempre tienen las pacientes porque tener síntomas o efectos secundarios. En general, los síntomas que suelen presentarse suelen ser, menopausia precoz o repentina, con sus sofocos, entre otras, pérdida de orina, obviamente ya no es fértil la paciente, fatiga y pérdida de fuerza y energía, como hemos dicho anteriormente dolores de espalda, problemas de circulación, etc.

3 Objetivos

Tenemos un objetivo y es dar a conocer las funciones y formas que hay de extracción de útero quirúrgicamente, donde figuran los ginecólogos, enfermeros y técnicos especialistas en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del TCAE. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Resultados

Como hemos dicho en la introducción, la extracción de útero es la retirada del mismo, lo que imposibilita a la mujer en tener ciclos menstruales, ya que le quitan el órgano que la reproduce y a no poder quedarse embarazada. Esta cirugía se puede realizar de tres forma, por laparoscopia, vía abdominal o vía vaginal. En la introducción ya hablamos de la causa por las que se realiza la extracción del útero, y también hicimos una breve introducción de los riesgos, como por ejemplo, coágulos de sangre, que la herida se pueda infectar, que mientras la estén operando le dé una hemorragia, también pueden dañar la vejiga o el recto durante la operación lo que luego le daría lugar a tener pérdidas de orina por ejemplo. Durante la operación, según sea el método está dormida completamente con anestesia general, a no ser que lo hagan mediante vía vaginal y utilicen epidural. El técnico en cuidados auxiliares de enfer-

mería está en la operación en todo momento, tanto preparando el quirófano, sirviendo la mesa, recogiendo todo y limpiando y desinfectando el quirófano una vez terminada la cirugía como luego en planta para ayudar a la paciente. La paciente en un primer momento permanecerá tumbada y la auxiliar de enfermería se encargará de darle los cuidados que necesite como acomodarla o asearla. Una vez que pueda incorporarse la ayudara a realizar el movimiento para que sufra el dolor menos posible, haciéndola estar sentada unos minutos para evitar que se maree, y una vez revisa que la paciente está en condiciones le ayuda a levantarse, dar algún que otro movimiento y ayudarla a sentarse. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante para el desarrollo y mejora de la paciente.

6 Discusión-Conclusión

La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de que el óvulo se deposite para ser fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad. Esta operación se suele realizar cuando se encuentran tumores uterinos, cáncer de ovario, hemorragias vaginales muy grandes y duraderas, etc. estas operaciones pueden causar traumas, aunque no siempre tienen las pacientes porque tener síntomas o efectos secundarios. Durante

la operación, según sea el método, está dormida completamente con anestesia general, a no ser que lo hagan mediante vía vaginal y utilicen epidural. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está en la operación en todo momento, tanto preparando el quirófano, sirviendo la mesa, recogiendo todo y limpiando y desinfectando el quirófano una vez terminada la cirugía como luego en planta para ayudar a la paciente.

7 Bibliografía

1. Google académico.

Artículo 14

CASO CLÍNICO: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL POLITRAUMA

CRISTINA VELA LUMBRERAS

NURIA FERNÁNDEZ LEÓN

MARIA ROSA BEASAIN ARANDA

SONIA LÓPEZ JUSUÉ

- Introducción:

La asistencia extrahospitalaria se realiza a través de un soporte sanitario especializado que consta de dos equipos: 1 soporte vital básico (SVB) y 1 soporte vital avanzado (SVA).

- Presentación del caso clínico:

Accidente de tráfico con salida de vía y colisión frontal contra un muro requiriendo intervención de Policía Local y Bomberos.

1 Palabras clave

Politrauma, neumotórax, enfermería, soporte vital avanzado, trabajo en equipo extrahospitalario, extricar, seguridad, escena, ambiente y coordinación de recursos extrahospitalarios.

2 Introducción

La asistencia extrahospitalaria se realiza a través de un soporte sanitario especializado que consta de dos equipos: una ambulancia básica (SVB) dotada de dos técnicos de emergencias y una ambulancia avanzada (SVA o UVI-móvil) dotada por un técnico de emergen-

cias, un médico y una enfermera. Dichos equipos realizan atención sanitaria fuera del centro hospitalario gestionado por SOS y dependientes del sistema nacional de salud. En algunas comunidades autónomas, como Madrid, funcionan como empresa externa que realiza convenio con la sanidad pública, estas dos empresas reciben el nombre de SUMMA 112 y SAMUR.

El politraumatismo es la principal causa de muerte e incapacidad tanto en niños como en adultos. El 80% son traumatismos cerrados y dos tercios asocian lesiones cerebrales (las cuales suponen el 75% de las muertes).

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Adquirir conocimientos básicos de emergencia, seguridad vial y gestión y coordinación de recursos en la asistencia extrahospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Conocer los cuidados de enfermería en el politrauma.
- Desarrollar habilidades y destrezas para trabajar en equipo.

4 Metodología

La estrategia de búsqueda que se realizó fueron dos manuales de procedimientos de enfermería de la Comunidad de Madrid, uno correspondiente

a SAMUR- Protección Civil y otro de SUMMA 112. Un manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

5 Caso clínico

El 23 de febrero de 2019 sobre las 16:40h se produce un accidente de tráfico en la N-232 en el Kilómetro 288. El vehículo lo conducía un joven de 25 años que se salió de la vía y se chocó frontalmente contra un puente de hormigón. Un turismo que circulaba por la zona presenció el hecho, paró y avisó del suceso al servicio de emergencia, 112. El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) se encarga de avisar a la Policía Nacional que acuden al lugar de los hechos para asegurar la zona, y al Servicio de Bomberos, puesto que el chico se encontraba atrapado en el coche desplazado hacia abajo del volante. Tras extricarlo, los Bomberos notifican al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) que presenta respiración entrecortada y varios traumatismos, si bien, mantenía las constantes vitales y el tiempo de rescate ha sido de 12 minutos, el joven fue trasladado en estado crítico al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

2 Estimación inicial de gravedad. Escala Crams:

- I. Nivel de conciencia: Inconsciente y respira.
- II. Estado respiratorio: bradipneico,

dificultad respiratoria, movimiento paradójico de tórax: crepitación ósea.

III. Estado hemodinámico: pulsos periféricos débiles, relleno capilar lento, palidez, sudoración, frialdad...

IV. Estado neurológico: según escala AVDN (Alerta, reacción al estímulo Verbal, al Dolor o No respuesta); solo responde ante estímulos dolorosos persistentes, estuporoso. Pupilas mióticas, isocóricas y arreactivas.

Tras esta valoración inicial siguiendo el índice de trauma de la Escala CRAMS se establece una estimación inicial de gravedad número 3; equivalente a TRAUMA GRAVE (Anexo 2).

2.3 Valoración Primaria y Soporte Vital:

La enfermera realiza control cervical manual y apertura de vía aérea mediante tracción mandibular. Entre ella y los dos TES colocan en decúbito supino comprobando que el paciente respira de forma paradójica con crepitación ósea. A continuación, ponen una sábana sin comprimir en el tórax ejerciendo la función de una “faja” y tapándolo con una manta (Anexo 3).

Glasgow: 4. Volet Costal + Traumatismo craneoencefálico (TCE) grave. FR: 10rpm; SatO₂: 88%; FC: 50lpm; Pulsos periféricos: Débiles.

Ante la insuficiencia respiratoria severa, la enfermera y un TES colocan cánula orofaríngea del nº 7 (distancia entre los incisivos centrales superiores y ángulo de la mandíbula) y realizan ventilación con bolsa de reanimación conectada a reservorio y O₂ a 15 l/min.

Auscultación pulmonar: Movimiento paradójico, tórax inestable, crepitación ósea.

Capnógrafo: Se observa onda de CO₂.

Mientras el otro TES informa al CCU de la situación y pide apoyo presencial por vehículo de intervención rápida (VIR); “Joven varón de unos 25 años, en estado crítico con volet costal y TCE grave. Solicitamos vehículo de intervención rápida (VIR) en carretera N-232 en Km 288 dirección Zaragoza. Se están realizando medidas de oxigenoterapia por la enfermera y 2 TES de ambulancia tipo C. Además, se pide mantener contacto telefónico con el médico del VIR para informar de la evolución del paciente hasta su llegada.

La enfermera cede el dispositivo de ventilación (ambú) a un TES para canalizar vía venosa. El otro TES monitoriza al chico con electrodos adultos.

FR: 7rpm; SatO₂: 90%; FC: 40lpm; Pulsos periféricos: No valorables; T/A: 80/40mmHg; Glasgow: 4; Monitorización del ECG: bradicardia sinusal.

Mientras la enfermera canaliza la vía, un TES sigue con el control ventilatorio y, el otro, carga medicación E.V. para su puesta inmediata tras la canalización de vía.

Una vez conseguido el acceso venoso y previa indicación del médico del VIR por vía telefónica, se administra una primera dosis de analgésico y sedante en bolo lento. La enfermera, junto con los 2 TES calcula que el chico pesa aproximadamente unos 70Kg:

- 2,1g de Metamizol Magnésico E.V. seguido de 20ml de SF en bolo. Monitorización seriada de TA.

- 7mg de Midazolam E.V. seguido de 20ml de SF en bolo.

- 1mg de Atropina E.V. seguido de 20ml de SF.

- Seguidamente se deja una solución fisiológica de 250cc.

Mientras un TES sigue con la ventilación, el otro carga la medicación E.V.

En ese momento llega el VIR y se produce una reorganización del personal sanitario en la escena:

- Médico: Se sitúa en la cabeza del joven para control de la ventilación.

- Enfermera: Tras asegurar vía endovenosa, busca canalización una segunda vía periférica.

- 1er TES: Prepara material para intubación endotraqueal.

- 2º TES: Control de solución fisiológica y monitor de signos vitales.

- 3er TES: Realiza inmovilización en posición anatómica de ambas EEII mediante férula de vacío. Tras esto, se encargará de la preparación del material de inmovilización que posteriormente será necesario para el traslado del joven (dispositivo de inmovilización cervical “dama de elche” y camilla de palas).

Se reevalúa el estado hemodinámico del joven obteniendo:

FR: No valorable; SatO₂: 93%; FC: 50lpm; Pulsos periféricos: Débiles; T/A: 90/50mmHg; Glasgow: 4; Monitorización del ECG: bradicardia sinusal.

El médico indica iniciar premedicación

para intubación endotraqueal. La enfermera informa de la obtención de una segunda vía venosa. De ella extrae una muestra de sangre para la realización de analítica; gases, iones, etc, y glucemia. Esta segunda vía se utiliza para la administración de fármacos:

- Se repite una segunda dosis de 1mg de Atropina E.V. seguido de 20ml de SF.

- 14mg de Etomidato E.V. seguido de 20ml de SF.

- 70mg de Succinilcolina E.V. seguido de 20ml de SF.

Tras dicha administración, el médico realiza un primer intento fallido de intubación endotraqueal, previa retirada de cánula orofaríngea (guedel). A continuación, reintroduce guedel y retoma ventilación con bolsa de reanimación conectada a reservorio y O₂ a 15 l/min. Reevaluación tras intento de intubación:

FR: No valorable; SatO₂: 89%; FC: 55lpm; Pulsos periféricos: Débiles; T/A: 90/60mmHg; Glasgow: 4; Monitorización del ECG: bradicardia sinusal.

Tras un minuto y medio de ventilación, el médico realiza un segundo intento de intubación y finalmente consigue intubarlo. En la comprobación de la ubicación del TET (tubo endotraqueal), se ausculta ausencia de ruidos en región gástrica.

Un TES sujeta el tubo endotraqueal a la cabeza del joven, mientras el médico ventila con un ambú a O₂ a 15 l/min.

En ese momento, previa indicación médica, la enfermera introduce por la

segunda vía venosa: Segunda dosis de 7mg de Midazolam E.V. seguido de 20ml de SF en bolo.

A continuación, los otros dos TES colocan collarín cervical rígido tipo philadelphia de tamaño adulto (medir distancia entre músculo trapecio y borde inferior de la mandíbula) para inmovilización cervical con alineación cabeza-cuello-tronco.

Reevaluación tras intubación:

FR: No valorable; SatO₂: 99%; FC: 58lpm; Pulsos periféricos: Débiles; T/A: 90/65mmHg; Glasgow: 4; Monitorización del ECG: bradicardia sinusal.

En ese momento el médico indica traslado a la ambulancia. El médico continúa con la ventilación, la enfermera y los 3TES movilizan al joven en camilla de cuchara a la ambulancia utilizando “Dama de elche” para un mayor control cervical.

2.4 Valoración Secundaria y Estabilización:

Durante el traslado a la ambulancia se decide que solo se montarán un TES, médico y enfermera. Los otros dos TES avisan a la policía del traslado al hospital y viajarán en el VIR tras la ambulancia. Los policías nacionales presentes en la escena, serán los encargados de localizar a los padres del chico.

Una vez en la ambulancia médica y enfermera vuelven a reevaluar al joven:

FR: No valorable; SatO₂: 99%; FC: 59lpm; Pulsos periféricos: Débiles; T/A: 90/65mmHg; Glasgow: 4; Monitorización del ECG: bradicardia sinusal;

T^a: 36°C; Glucemia: 210mg/dL.

En el transcurso del viaje, un TES realiza preaviso hospitalario al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Una vez allí, el médico y la enfermera se encargan de realizar el traspase de datos clínicos al equipo de urgencias.

6 Discusión-Conclusión

Tras analizar el caso clínico se puede afirmar que fue una actuación exitosa, ya que gracias al trabajo en equipo se consiguió llevar al paciente al hospital con vida a pesar de la gravedad del accidente. Pero todo esto fue posible por la labor del personal de urgencias extrahospitalarias el cual requiere tener que estar continuamente formándose tanto en teórica como práctica (material sanitario, espacio físico, habilidades psicológicas) para poder desempeñar sus funciones correctamente.

También es importante destacar la efectiva coordinación y gestión con otros servicios como son, en este caso, Policía Local y Bomberos porque sin ellos el personal sanitario en muchas ocasiones no podría realizar su trabajo como bien ha quedado reflejado en este caso.

7 Bibliografía

1. SAMUR – Protección Civil – Manual de Procedimientos 2018. 2018. Madrid,

España.

2. Manual y Procedimientos de Enfermería SUMMA 112. Comunidad de Madrid, España.

3. Alted López, E. y Chico Fernández, M. Traumatismo abdominal. En: Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar. Sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma. 2ª edición revisada. Barcelona: Elsevier España, SL; 2007.161-174.

4. Ballesteros Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020;1:247-262

Artículo 15

PACIENTE GESTANTE DE 38 SEMANAS, FALLECIMIENTO DEL FETO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LAURA RUIZ FERNANDEZ

MILAGROS ESCALONA BELMONTE

YOLANDA SANCHEZ RUIZ

MARÍA JESUS GUERRA CASTRO

HOSNIA DRIS MOHAMED

El nacimiento sin vida (muerte fetal) es la muerte o pérdida de un bebé antes o durante el parto. Tanto el aborto espontáneo como la muerte fetal describen la pérdida de un embarazo, pero difieren en función de cuándo sucede esta pérdida.

1 Palabras clave

TCAE, feto, fallecimiento.

las 20 y 27 semanas completas de embarazo. La muerte fetal tardía ocurre entre las 28 y 36 semanas completas de embarazo. La muerte fetal a término ocurre a partir de las 37 semanas completas de embarazo.

2 Introducción

La muerte fetal, a su vez, se clasifica como temprana, tardía o a término. La muerte fetal temprana ocurre entre

Gracias a los avances en la tecnología médica durante los últimos 30 años, el cuidado prenatal (la atención médica

durante el embarazo) ha mejorado, lo cual ha reducido notablemente la cantidad de casos de muerte fetal tardía y a término. Sin embargo, la tasa de mortalidad fetal temprana se ha mantenido prácticamente igual a lo largo del tiempo. la muerte fetal sin una razón conocida se la llama “muerte fetal sin causa aparente”. La muerte fetal sin causa aparente tiene más probabilidad de ocurrir cuanto más avanzado esté el embarazo. Para tratar de comprender por qué el bebé murió antes de nacer, es importante que se le realice una autopsia y otras pruebas de laboratorio. Su proveedor de atención médica puede darle más información sobre este tema.

Los casos de muerte fetal ocurren en familias de todas las razas, grupos étnicos y niveles de ingreso, y en mujeres de todas las edades.

3 Objetivos

Exponer un caso de paciente embarazada de 38 semanas en el que se produce muerte fetal.

4 Caso clínico

Paciente de 32 años acude a su revisión de monitores, ya que está en la última recta del embarazo y es lo que le toca . La revisión está bien y se escucha el latido del feto perfectamente con lo cual se va a casa tranquilamente.

Al día siguiente la paciente gestante comienza a sentirse rara y no siente el feto con lo cual decide acudir al servicio de urgencias.

Una vez pasado el triaje la derivan a la sala de urgencias de paritorio y tras hacerle las pruebas correspondientes como monitores y ecografía le diagnostican que el feto no sigue adelante y que ha fallecido.

La paciente entra en shock y no cree lo que le está pasando y una vez calmada le explican el protocolo.

El ginecólogo de guardia le indica que el protocolo dice que es mejor que se vaya a casa, ya que eran las ocho de la tarde, que pase su duelo en casa con su familia y su entorno y al día siguiente volviese donde le provocarían el parto ya que es mejor estadísticamente comprobado parirlo a realizarse una cesárea , así no tendría que ver cicatriz de algo que no tiene.

La paciente hace caso y se marcha a su casa .

Sobre las nueve y media de la noche vuelve al hospital y requiere una cesárea, ya que no quiere pasar por el proceso de parto y tampoco quiere seguir con el feto dentro si este ya no tiene vida.

Se prepara a la paciente y se le traslada a quirófano para realizar la cesárea.

Cuando es una cesárea normal se suele llamar al servicio de neonatología para que cuando el bebé nazca ellos son los encargados de cogerlos y ya realizarle las pruebas correspondientes y el peso

y medidas.

En este caso como el feto ya no estaba con vida es el TCAE el encargado de coger al bebé ya fallecido, limpiarlo y prepararlo para que su familia lo vea y amortajarlo.

Una vez terminada la cesárea la paciente pide ver el recién nacido y no entiende lo que ha pasado y se le explica que el bebé había fallecido por asfixia, ya que tenía tres vueltas al cuello con el cordón umbilical.

Una vez terminada la llevan a la planta de tocoginecología con sus familiares y el TCAE se encarga de recoger y limpiar el quirófano.

6 Bibliografía

GOOGLE ACADEMICO

5 Discusión-Conclusión

La conclusión del caso es que aunque la medicina avance y las embarazadas estén mas controladas siguen habiendo muertes fetales por diversas causas. el caso expuesto fue una mala pasada que jugo el cordón umbilical y en una etapa muy avanzada como es 38 semanas . el protocolo dice que la gestante debe parir o traer al mundo al bebe porque está estadísticamente comprobado que es mejor para la mujer a la hora de superarlo, pero en el caso expuesto ella prefirió una cesárea y terminar la agonía de saber que llevaba dentro a su bebe muerto. tras este suceso se le derivó al área de salud mental para recibir ayuda para tan duro golpe.

Artículo 16

FALLO ORGÁNICO TRAS INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON FALLECIMIENTO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA JESUS GUERRA CASTRO

YOLANDA SANCHEZ RUIZ

MILAGROS ESCALONA BELMONTE

LAURA RUIZ FERNANDEZ

HOSNIA DRIS MOHAMED

En un hospital, sala de espera de quirófanos, etc. las bacterias hospitalarias suelen desarrollar infecciones graves y de difícil tratamiento, ya que son más resistentes a los antibióticos, por esto, generalmente es necesario utilizar antibióticos más potentes para curar este tipo de infección.

1 Palabras clave

TCAE, infecciones y fallo orgánico.

2 Introducción

Aunque la insuficiencia orgánica puede ser fatal, los riñones, el corazón y

el hígado están preparados para esta catástrofe. La investigación emergente respalda el hallazgo de que dos poblaciones celulares responden rápidamente y trabajan juntas para restaurar un órgano que no funciona o está fallando, con lo cual hay quien sobrevive y quien no lo supera.

En primer lugar, las células supervivientes actúan en exceso, trabajando para mantener el funcionamiento del órgano, mientras que las células similares a una célula madre reemplazan el tejido dañado.

Cuando el tejido está lesionado, las células se dividen para reemplazarlo, pero el proceso de división celular en células especializadas evitaría que la célula desempeñe sus funciones normales. En situaciones en las que un órgano está fallando, lo que significa que el órgano ya no funciona correctamente, el cuerpo no puede permitirse que muchas células dejen de funcionar. La mayoría de las células en un órgano son células altamente especializadas que han perdido la capacidad de división celular pero que pueden mejorar su capacidad de trabajo. En contraste, una minoría de células no está programada, como una célula madre, y es capaz de dividirse de manera eficiente. Debido a que las células en órganos especializados como el corazón, los riñones o el hígado están programadas para realizar tareas específicas, solo las células similares a una célula madre pueden dividirse y reemplazar rápidamente los tejidos dañados

3 Objetivos

Describir el fallo orgánico por infección nosocomial mediante la presentación de un caso clínico.

4 Caso clínico

Paciente mujer de 50 años acude al quirófano para realizarse una cirugía de intestino.

Pasa a planta y pasa los días bien, con dolor abdominal pero dentro de la normalidad.

A los cinco días le diagnostican neumonía y le comienzan a poner antibióticos por vena.

En el sexto día, la situación empeoró, la paciente comenzó a desaturarse y viendo que no remontaba ni con un reservorio la deciden trasladar a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

En UCI le hacen bastantes pruebas y le ponen el alto flujo.

Una vez recibido el análisis descubren que tiene una bacteria adquirida en quirófano o sea enfermedad nosocomial y le ponen antibióticos vía intravenosa y por aerosoles.

La paciente en vez de mejorar ven que empeora por momentos aparte de desprender un fuerte olor a podrido y terminan por intubarla, ya que la saturación bajaba por momentos.

Tras una reunión entre intensivistas y cirujanos deciden volver a operarla.

Una vez realizada la segunda operación el cirujano le dice a la familia que hay poco por hacer, puesto que el empalme del intestino estaba suelto y toda la porquería estuvo en el estómago mucho tiempo lo que deterioro todo y apenas le quedó intestino con lo cual no llegaría a hacer vida normal

Finalmente tras tres días la paciente comienza a tener paradas cardíacas y en la última no lo supera y fallece y todo debido a un fallo orgánico tras la bacteria nosocomial.

Una vez que la paciente falleció se apagaron las máquinas que la mantenían con vida y se deja a los familiares que se despidan y ya fuera los familiares los TCAE o técnicos especialista en cuidados auxiliares de enfermería comienzan el proceso de amortajar.

5 Discusión-Conclusión

La investigación emergente respalda el hallazgo de que dos poblaciones celulares responden rápidamente y trabajan juntas para restaurar un órgano que no funciona o está fallando, con lo cual hay quien sobrevive y quien no lo supera. En primer lugar, las células supervivientes actúan en exceso, trabajando para mantener el funcionamiento del órgano, mientras que las células similares a una célula madre reemplazan el tejido dañado. En situaciones en las que un órgano está fallando, lo que significa que el órgano ya no funciona correctamente, el cuerpo no puede permitirse que muchas células dejen de funcionar. La mayoría de las células en un órgano son células altamente especializadas que han perdido la capacidad de división celular pero que pueden mejorar su capacidad de trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Artículo 17

EXPOSICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y FORMAS DE PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS EN MUJERES EMBARAZADAS.

ANDREA GOMEZ BORJA

AINHOA MENDI MARTOS

RAFAEL VIEGA MENDEZ

- Introducción:

La toxoplasmosis se puede contagiar al feto y provocar graves daños cerebrales y deficiencias visuales por lo que se debe conocer bien y seguir unas pequeñas pautas para evitar el contagio.

- Objetivos:

Dar a conocer la enfermedad, sus vías de contagio y la manera de evitarlo.

- Metodología:

En la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre guías y artículos publicados que se han basado en el tema a tratar.

- Resultados:

La toxoplasmosis se contagia principalmente por alimentos o agua contaminada y con una buena higiene y unas normas de cocinar se puede evitar su contagio.

- Conclusiones:

El riesgo de contagio es bajo debido a los controles de sanidad y a la facilidad de seguir las pautas para evitar su contagio, tanto tener una dieta equilibrada como tener un gato de mascota son totalmente seguros con las normas higiénico dietéticas.

1 Palabras clave

Toxoplasmosis, embarazo, toxoplasma gondii y gatos.

2 Introducción

La mujer embarazada es más susceptible de contraer ciertas enfermedades y hay algunas que son de gran importancia por la repercusión que tienen en el bebe mientras están en el útero materno, por eso es de gran importancia conocerlas y saber cómo poder evitarlas.

El parásito toxoplasma gondii es uno de los más peligrosos, provoca la enfermedad llamada toxoplasmosis. Es una enfermedad que se pasa normalmente se pasa de manera asintomática o con muy pocos síntomas en hombres y mujeres no embarazadas, pero cuando se contrae durante el embarazo puede transmitirse al feto y provocarle toxoplasmosis congénita que puede producir daño cerebral y deficiencias en la vista. Por ese motivo es tan importante conocer el modo de contagio y las formas que hay de prevención para evitar el contagio.

Es una enfermedad que solo se puede pasar una vez por lo que en los controles del embarazo se controlan los niveles de anticuerpos, si una mujer ya lo ha padecido antes de su embarazo puede estar mucho más tranquila frente al contagio que una que no lo haya padecido. Hemos de pun-

tualizar que en zonas desarrolladas es de difícil contagio por lo que lo habitual es no estar inmunizada y también haber una tasa baja de contagio, aun así se puede evitar con unas pautas básicas higiénico dietéticas que se deben aplicar para reducir el riesgo al mínimo.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer más la toxoplasmosis y las vías de contagio.

Objetivos secundarios:

- Concienciar a la mujer embarazada y su entorno de los riesgos que hay para su bebe.
- Educar en buenos hábitos higiénico dietéticos durante el embarazo para evitar el contagio de la toxoplasmosis.

4 Metodología

En la realización de este artículo se han leído varios manuales para profesionales sobre la toxoplasmosis en el embarazo, así como artículos de investigación actuales sobre las vías de contagio y las formas de prevención, así como su rápido diagnóstico, sus posibles secuelas tanto para la madre como para el feto y sus tratamientos. Tras una lectura crítica se han seleccionado los más adecuados para la realización del artículo.

5 Resultados

El parásito toxoplasma gondii es el más común en el planeta, la OMS y la ONU lo clasificaron en el cuarto puesto en una lista de 24 patógenos que se transmiten a través de los alimentos. Los felinos y más comúnmente los gatos sirven como huésped final y los animales como pájaros, roedores, cerdos, corderos y menos común las vacas son huéspedes intermedios. Se calcula que infecta a un tercio de la población mundial principalmente por ingerir alimentos o agua contaminados con ooquistes desprendidos de las heces de los gatos o por carne cruda o poco cocinada con quistes tisulares.

En pacientes sanos no supone ningún peligro ya que suele pasarse de manera asintomática o con sintomatología muy leve, además en estos pacientes ni siquiera requieren de tratamiento farmacológico ya que el sistema inmune es capaz de afrontarlo sin dejar secuelas. El problema lo presentan los individuos inmunodeprimidos y mujeres embarazadas que pueden traspasar la enfermedad al feto produciendo la toxoplasmosis congénita.

El riesgo de transmisión es del 40% siendo mucho mayor al final del embarazo, aunque también las secuelas son mucho menores que si se contrae en el primer trimestre produciendo abortos o problemas cerebrales. Estos bebés pueden tener ictericia, exantema, hepatoesplenomegalia y la tetrada de

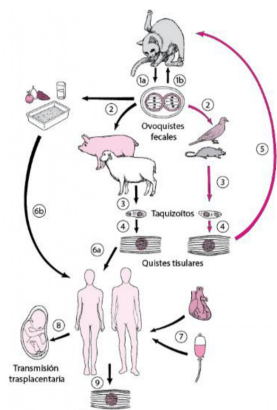
malformaciones como la retinocoroiditis bilateral, calcificaciones cerebrales, hidrocefalia o microcefalia y retraso psicomotor. Los bebés con infecciones menos graves y contagiados en el tercer trimestre pueden impresionar sanos al nacer, pero presentan un riesgo elevado de presentar convulsiones, discapacidad intelectual u otros síntomas tiempo después de nacer, incluso años más tarde.

La forma de evitar el contagio es teniendo unos hábitos higiénico dietéticos muy sencillos. La toxoplasmosis se contagia por agua o carne contaminada que no ha sido correctamente cocinada y para eso hay que seguir una serie de normas:

- Se debe cocinar la carne a una temperatura entre 73, 9° y 76, 7° para eliminar el parásito.
- Evitar comer embutidos y carnes que no han sido cocinados.
- En el caso de frutas y verduras se deben limpiar adecuadamente con agua limpia.
- Tomar solo leche y lácteos pasteurizados.
- Hay que tener especial cuidado con los excrementos de los gatos que puedan tener toxoplasmosis, realizando lavado de manos y no usando guantes para limpiar el arenero.

El tratamiento se debe instaurar en mujeres embarazadas en el momento del diagnóstico para intentar evitar el traspaso al feto y luego este ha de llevar

un tratamiento durante al menos un año. El tratamiento suele ser espiramicina, sulfadiazina y pirimetamina, pudiendo ser necesario añadir corticoides en algunos casos.



6 Discusión-Conclusión

El riesgo de contagio en áreas desarrolladas es bajo debido a los altos controles que sanidad hace a los animales que se destinan para el consumo humano aun así es importante seguir unas pautas higiénico dietéticas para evitar el contagio ya que los síntomas, si es que se tienen, se pueden confundir con muchas otras enfermedades retrasando el diagnóstico y el tratamiento que reduce la posibilidad de contagio al feto. Las graves consecuencias para el bebé hacen de gran importancia tener en cuenta ciertos aspectos ya que provocan graves daños irreversibles y que pueden limitar mucho la vida del niño, requiriendo de muchos recursos socio sanitarios. Es importante la información para que la gestante sea con-

sciente del riesgo y de las medidas a seguir pues la ignorancia provoca un aumento en las infecciones y dificultan su tratamiento.

También como última conclusión debemos tener en cuenta que una mujer embarazada puede convivir con gatos sin miedo al contagio manteniendo unas normas de higiene al manipular los excrementos y teniendo en cuenta que un gato doméstico que no sale al exterior y por tanto no se alimenta de pequeños roedores ni de pequeños pájaros no se ha podido contagiar de la enfermedad y por tanto no puede ser un vector de contagio a sus dueños, debiendo evitar así abandonos innecesarios del animal cuando se produce el embarazo.

7 Bibliografía

1. Toxoplasmosis. Ricardo D. Pearson MD, University of Virginia School of Medicine. Disponible en: <https://www.msmanual.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-extraintestinales/toxoplasmosis>.
2. Toxoplasmosis en el embarazo, importancia del diagnóstico temprano. Nereida Josefina Valero-Cedeño. Polo del conocimiento, edición 46, vol. 5, N°6. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2276/4597>.
3. Seroprevalencia y factores de riesgo asociados a la toxoplasmosis en mujeres embarazadas. Merchán Arteaga Anthony William. Disponible

en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4384/1/Merch%C3%A1n%20Arteaga%20Anthony%20William.pdf>.

Artículo 18

TRASTORNO DE SUMINISTRO DE OXÍGENO EN UNA PERSONA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ

ASSIA AMENCHAR EL KHATIB

BÁRBARA PRADA GONZÁLEZ

ROSA MARIA PEREZ RODRIGUEZ

EVA HEREDIA URBANO

Hoy en día existen países tercermundistas y países que su gobierno mantiene el pueblo muerto de hambre y en malas condiciones y estas personas buscan una salida y es la de emigrar.

Hay inmigrantes que lo hacen todo con sus papeles en regla y otros lo hacen ilegalmente buscando un futuro mejor y muchos de ellos utilizan el mar mediante pateras donde se exponen a altas temperaturas y la humedad igual que al frío de las aguas del mar.

1 Palabras clave

Hipoxia, inmigrantes, pateras, oxígeno

2 Introducción

El término hipoxia significa disminución del oxígeno disponible para las células del organismo, produciéndose alteraciones en su normal fun-

cionamiento, al no poder obtener la energía necesaria de los alimentos (carbohidratos, grasas y proteínas) .

Si los niveles de oxígeno disminuyen a los 80 o 70 se producirán síntomas graves, incluyendo cambios visuales, mareos, cambios en el estado mental, falta de conciencia, problemas para pensar, y otros. Las saturaciones de oxígeno por debajo de eso durante tiempo prolongado, son mortales.

Los inmigrantes se desplazan en busca de trabajo o de nuevas oportunidades económicas, para reunirse con sus familiares o para estudiar.

Los inmigrantes son personas que trasladan su residencia al interior de un país, entre divisiones territoriales similares. Se refiere a los movimientos migratorios que ocurren al interior de un país, esto es, entre comunas, entre regiones, entre provincias.

Como hemos hecho referencia antes algunos lo hacen ilegalmente porque no tienen tiempo o dinero para el papeleo otros lo hacen de manera legal con sus papeles en regla.

En verano es muy continuo ver pateras que buscan entrar en un país parece que es la forma más rápida otros como en la valla de Melilla se exponen a saltarla aún sabiendo que puede ser en vano .

3 Objetivos

El objetivo que buscamos es hablar sobre la función del técnico especialista

en cuidados auxiliares de enfermería ante un caso de hipoxia.

4 Caso clínico

Nos encontramos trabajando una tarde en el servicio de cruz roja cuando llega un aviso de que el helicóptero de la guardia civil ha avistado un grupo de inmigrantes en la costa en un acantilado y se encuentran en una cueva intentando que la mar no llegue a ellos.

Nos trasladamos al lugar donde se encuentran los servicios de rescate donde se encuentran preparándose para rescatar a estas personas y con ellos se desplaza un médico.

El médico mediante transmisor nos informa de que algunos inmigrantes sufren de hipoxia y otros hipotermia.

Tras ser rescatados automáticamente ayudamos al personal de enfermería y de rescate a llevar a estas personas dentro de la ambulancia para su traslado al hospital.

Mientras tanto el personal de enfermería le colocan una vía para comenzar a hidratarlo con un suero nosotros les colocamos el oxígeno todo siempre en equipo y bajo supervisión de los enfermeros, para que comience a respirar y le llegue más oxígeno al cerebro y automáticamente le colocamos una manta térmica para que comience a subir su temperatura.

Una vez que llegamos al hospital ayudamos al personal de urgencias con el paciente donde los enfermeros comien-

zan su función y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería la nuestra. Entre ellas les quitamos la ropa que a veces es mejor cortarla y colocarle una manta para que entre en calor y si hiciera falta un calefactor como los de quirófano.

Una vez estabilizado los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería le practican un buen aseo, ya que después de tantos días la suciedad les acarrea muchas enfermedades también y finalmente lo desplazan a planta donde permanece ingresado hasta su recuperación.

En planta el técnico especialista en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de su dieta.

enfermeros, para que comience a respirar y le llegue más oxígeno al cerebro y automáticamente le colocamos una manta térmica para que comience a subir su temperatura.

6 Bibliografía

GOOGLE ACADEMICO

5 Discusión-Conclusión

Los inmigrantes son personas que trasladan su residencia al interior de un país, entre divisiones territoriales similares. Se refiere a los movimientos migratorios que ocurren al interior de un país, esto es, entre comunas, entre regiones, entre provincias.

Tras ser rescatados automáticamente ayudamos al personal de enfermería y de rescate a llevar a estas personas dentro de la ambulancia para su traslado al hospital.

Mientras tanto el personal de enfermería le colocan una vía para comenzar a hidratarlo con un suero nosotros les colocamos el oxígeno todo siempre en equipo y bajo supervisión de los

Artículo 19

MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES EN LA CLÍNICA DENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROCIO DE LA UZ FERNÁNDEZ

Este artículo presenta una revisión general sobre las medidas de control de infecciones en las clínicas dentales, con el fin de evitar o minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

La transmisión de las enfermedades infecciosas dependen del conjunto de factores englobados en la cadena epidemiológica: la contaminación directa o indirecta y los tipos de microorganismos.

Las medidas de protección y de precaución ayudan a prevenir el riesgo de contaminación cruzada que se produce de un paciente a otro a través del personal sanitario de la clínica dental o mediante los instrumentos utilizados.

1 Palabras clave

Infección; control de infecciones, enfermedades, transmisión, contaminación, medidas de prevención y protocolos; procedimientos.

2 Introducción

Bioseguridad: conjunto de medidas, normas y protocolos aplicados en los procedimientos que se realizan en la odontología, cuya finalidad es prevenir los riesgos e infecciones derivadas por la exposición a agentes con alto potencial infeccioso o con cargas significativas de riesgo físico, biológico y

químico.

Programa sobre el control de infecciones:

1° La inmunización: mediante la vacunación, es la mejor medida para prevenir las enfermedades.

Las vacunas recomendadas para el trabajo en la clínica dental son: Hepatitis B. Tétanos. Gripe.

Todo personal sanitario tiene derecho a que el servicio de prevención contratado por la clínica dental realice el historial de vacuna y administre las necesarias, que se efectúe la prueba de la tuberculina (test de Mantoux) para así descartar el contacto con la bacteria de la tuberculosis (bacilo de Koch).

2° Lavado de manos:

Estas son el vehículo más importante en la transmisión de infecciones, por lo que se recomienda lavarlas siempre: al inicio y término de la jornada laboral, antes y después de tratar o examinar al paciente, antes de la colocación y retirada de los guantes, si estos están perforados y siempre que se haya tocado cualquier objeto que pueda estar contaminado (sangre, fluidos orales o secreciones respiratorias)

Es recomendable quitar todo objeto personal (anillos, reloj, etc) ya que estos pueden actuar como reservorio de gérmenes.

Mantener las uñas cortas y sin esmalte, en esta zona la acumulación de gérmenes es mucho mayor.

Cubrir con apósitos impermeables las heridas.

Utilizar cremas hidratantes. Los continuos lavados disminuyen el ácido protector de la piel.

El lavado de manos higiénico, consiste en la eliminación de los residuos por arrastre, su duración será de 20 a 24 segundos con agua y jabón líquido, el secado se realiza con toallas de papel desechable.

El lavado de manos con antiséptico, permite la eliminación de microorganismos por métodos químicos y físicos, utilizando cepillo estéril, jabón antiséptico de clorhexidina o de povidona yodada al 10%, el secado se realiza con toalla estéril.

3° Las técnicas de barrera:

Estos impiden el contacto con los agentes infecciosos. El profesional sanitario debe usar guantes, mascarilla, pantalla o gafas protectoras, uniforme y gorro. El paciente usará babero al inicio del procedimiento, debe ser desechado una vez se haya acabado el procedimiento y deberán ser cambiados cuando estén húmedos.

4° Las técnicas de asepsia:

Se preparará el material antes del inicio del tratamiento y siempre que sea posible se utilizará material desechable, se cubrirán con plásticos o papel permeable las superficies que vayan a ser tocadas (asas de la lámpara, mangueras, cabezal, etc), se empleará dique de goma durante el tratamiento para reducir la contaminación por aerosoles.

5° Técnicas de higiene instrumental:

Todo instrumental contaminado con-

stituye un medio de contaminación importante. Su correcta descontaminación establece una cadena de higiene o secuencia de pasos consecutivos que previene la transmisión cruzada de infecciones entre paciente y personal sanitario.

Después del tratamiento del paciente: se ha de retirar todo instrumental usado (contaminado), los residuos generados, eliminar todos los objetos punzantes y cortantes (agujas, bisturís, etc).

Se inicia la secuencia: desinfección lavado-aclarado-secado-embolsado-sellado-esterilización-almacenamiento.

Todo material que no se haya utilizado en el paciente, pero aún así haya tenido contacto con instrumentos contaminados también se ha de considerar séptico.

I- La desinfección: proceso de destrucción de los agentes patógenos, no incluye esporas ni virus.

Todo el instrumental se debe sumergir en solución desinfectante ya que impide que los restos orgánicos se sequen y dificulten su limpieza, se elimina parte de la carga bacteriana.

El instrumental y equipamiento dental en función de los procedimientos usados se clasifican en:

- Críticos, su nivel de desinfección será alto y el procedimiento será mediante esterilización.
- Semicríticos, el nivel de desinfección será medio y el procedimiento por es-

terilización, si no fuese posible se ha de realizar una desinfección de nivel alto.

- No críticos, se utilizará un nivel bajo para su desinfección.

En las clínicas dentales los desinfectantes más usados son: con nivel bajo de desinfección (compuesto de amonio cuaternario), con nivel intermedio de desinfección (hipoclorito de sódico "lejía", los compuestos fenólicos y alcohol etílico al 70%) y con nivel alto de desinfección (glutaraldehído).

Para todos los instrumentos termorresistentes se recomienda la esterilización y para los instrumentos termolábiles que no pueden ser esterilizados por calor, la desinfección.

II- El lavado-aclarado-secado: el lavado consiste en la eliminación de la suciedad macroscópica facilitando la acción posterior del agente desinfectante o esterilizante, la finalidad del aclarado es arrastrar la suciedad disuelta y la eliminación de los restos del detergente, respecto al secado tiene que ser exhaustivo para evitar la corrosión del instrumental utilizando paños que no dejen pelusas.

III- Envasado-sellado: el instrumental envasado mantiene la esterilidad hasta su uso. Proporciona confianza al profesional (puede verificar que la esterilización es correcta por el viraje de color indicativo de la bolsa) y para el paciente.

El sellado se ha de realizar con bolsas autosellantes o tubos enrollados que se cortan a medida, una de sus caras pre-

senta papel poroso (por donde entra el calor) con controles químicos cuyo color cambia si la esterilización ha sido correcta y otra de plástico (se puede observar el contenido). Se sellan mediante calor con termoselladora.

También están las cajas metálicas, con instrumental necesario para ser usado en procesos de índole quirúrgico.

IV- La esterilización: es la destrucción de todos los microorganismos vivos y esporas. La correcta verificación de esterilización será: por medios físicos (calor seco o húmedo) basados en el control de parámetros de temperatura, tiempo y presión, los químicos utilizando distintos compuestos (óxido de etileno o glutaraldehído al 2%) para la destrucción de los microorganismos controlando la composición y el tiempo de actuación y los biológicos (test de esporas).

V- El autoclave: cámara metálica herméticamente cerrada, donde el vapor de agua es mantenido a altas presiones, superiores a la presión atmosférica que permite obtener temperaturas sobre el punto de ebullición del agua.

VI- Almacenamiento: los instrumentos han de estar almacenados en lugares adecuados para evitar que pierdan la esterilidad.

6° Desinfección de equipos y de superficies: el sillón dental y las superficies que le rodean (escupidera, mandos, mesas auxiliares, etc) se consideran contaminados al término de cada paciente, por lo tanto se ha de proceder

a su desinfección, con toallitas con solución desinfectante o mediante pulverización.

7° El correcto tratamiento de los residuos: Se rige por las normativas estatales y se desarrolla por las normativas autonómicas. La recogida de residuos, es un proceso fundamental para evitar la contaminación dentro de las consultas dentales.

En todas ellas deben existir recipientes adecuados para los diferentes residuos, su retirada es llevada por empresas homologadas contratadas para su correcta eliminación.

3 Objetivos

El objetivo principal y fundamental es proporcionar a todo el personal sanitario, a los pacientes y a todas las personas que de una u otra forma estén involucrados con las consultas dentales, las herramientas necesarias para evitar la contaminación de las enfermedades infecciosas dentro y fuera de las clínicas dentales.

4 Metodología

Para la elaboración del trabajo se realizó una búsqueda sistemática y la correspondiente lectura sobre el tema a tratar. Para ello se consultó en artículos y libros de las principales bases de datos: Scielo y Medline.

También se procedió a la búsqueda y lectura de publicaciones realizadas

por diferentes clínicas bucodentales, así como también se consultó las Normativas de Bioseguridad en las consultas dentales.

5 Resultados

Dado que la infección es la invasión que sufre un organismo por parte de un agente externo (microorganismos) siendo capaz de producir una enfermedad infecciosa, que se puede producir a través del contacto con el mobiliario, con instrumentos contaminados, con pacientes infectados o portadores e incluso por pacientes sanos, las medidas básicas sobre la prevención y riesgos han de seguirse siempre por todo el personal de la clínica dental.

Todos los mecanismos de intervención están diseñados para la prevención de la transmisión de gran variedad de microorganismos consiguiendo con ello un amplio margen de seguridad en los consultorios dentales frente a las infecciones y las enfermedades que se pueden producir a través de las secreciones respiratorias u orales, de la sangre o desde el paciente hacia los profesionales.

Todas las técnicas de barrera tienen como finalidad proteger a paciente y profesionales de la salud de la contaminación de microorganismos patógenos, intentando minimizar la exposición frente a los agentes productores de enfermedades.

Siempre que sea posible, en las clíni-

cas dentales se utilizarán materiales de un solon uso o desechables, pues que los materiales utilizados habitualmente, constituyen un medio importante de transmisión de infecciones. Estos han de ser descontaminados antes de volver a ser utilizados de nuevo.

Para evitar la contaminación en las consultas dentales, la recogida de los residuos es también un proceso fundamental..

En el conjunto de los procedimientos para la prevención de los riesgos, la asepsia y la antisepsia, tienen que ser una rutina diaria en el ámbito de las consultas y por supuesto, en cualquier actividad médica.

Sin embargo, siempre será necesario una revisión continua y constante sobre las normas de seguridad y actualizar las medidas para el control de infecciones en la clínica dental.

6 Discusión-Conclusión

Todo el personal de la consulta bucodental o clínica dental está expuesto a padecer, propagar y contagiar patologías infecciosas, debido a la contaminación cruzada que se puede producir entre paciente y personal sanitario.

Se recomienda considerar a todos los pacientes que acudan a las clínicas dentales como potenciales portadores de agentes infecciosos.

Las medidas de protección deben aplicarse a todos sin distinción alguna.

El cuidado de la unidad dental, del instrumental, la desinfección, la esterilización y todo aquello que pueda entrar en contacto con el personal y los pacientes, se debe asegurar siempre con el fin de evitar la contaminación cruzada. Todos los procedimientos serán realizados siempre al inicio y término de cada jornada y siempre después de cada tratamiento. sades.com.

7 Bibliografía

1. Prevención y control de infecciones en la práctica dental. FDI-World Dental Federation. fdiworldddental.org.
2. Control de infecciones en la clínica dental. es.slideshare.net.
3. Vacunas e inmunización. Organización Mundial de la Salud. (OMS) who.it.
4. Guía práctica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. inst.es.
5. La transmisión del VIH en las consultas dentales. prosymtem.euronda.es.
6. Riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en la clínica dental. scielo.sciiii.es.
7. Control de infecciones y esterilización. American Dental Association. ada.org.
8. Medidas para el control de infecciones. medlineplus.org.
9. Gestión de los residuos sanitarios en clínicas dentales. INSA des in-

Artículo 20

CÓMO LLEVAR A CABO UN CHECKLIST DE SEGURIDAD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MIRENTXU MUGUERZA AMIGORENA

REBECA PILAR MARTÍNEZ DE MORENTIN NAVAR-
CORENA

En 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), para poder mejorar la calidad y la seguridad de la sanidad en el terreno asistencial. Este listado, recoge los principales aspectos a tener en cuenta antes, durante y después de una cirugía para mejorar la seguridad del propio paciente y disminuir el número de muertes de origen quirúrgico. El checklist o LVSQ consta de una serie de puntos que deben ser confirmados por el personal que participa en la cirugía: anestelistas, médicos y personal de enfermería. Entre sus beneficios se encuentran la mejora en la comunicación, aumento de la seguridad y la disminución de complicaciones derivadas de las cirugías. Puesto que el personal de enfermería está involucrado en su cumplimentación, es imprescindible que las enfermeras sepan cómo y cuándo llevarlo a cabo y sean conscientes de la importancia de su cumplimentación.

1 Palabras clave

Checklist, listado de verificación quirúrgica, enfermería.

2 Introducción

Actualmente, las cirugías son un elemento clave en la atención médica. Gracias a los avances médicos, cada vez más pacientes se benefician de diferentes intervenciones quirúrgicas, con los beneficios y riesgos que esto supone. Debido a este aumento, y para garan-

tizar la seguridad y disminución de eventos adversos que puedan derivar de ellas, resulta necesario contar con herramientas que nos faciliten mejorar la seguridad y disminuir las posibles complicaciones. En el año 2008, la OMS, bajo el lema “La cirugía segura salva vidas”, propuso un checklist de 22 ítems subdividido en 3 apartados. Este checklist, tiene como principal objetivo reforzar las prácticas seguras, reducir los daños en los pacientes y mejorar la comunicación entre los distintos miembros del equipo asistencial. Su cumplimentación, permite detectar dificultades o problemas antes de que ocurran y poder solucionarlos antes de que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Desde que se comenzaron a utilizar en el año 2008, se han llevado a cabo estudios para valorar su efectividad y, tras múltiples investigaciones, se puede afirmar que su uso está recomendado y justificado gracias a sus beneficios. Es por ello, que hoy en día, se utilizan en la mayoría de hospitales que realizan intervenciones quirúrgicas. Entre sus principales objetivos destacan:

- Bajo coste
- Mejor comunicación entre los miembros del equipo y con el paciente
- Permite conocer los posibles problemas y establecer medidas para solucionarlos
- Disminución de complicaciones postoperatorias como neumonía, embolismos pulmonares, infecciones, trombosis venosa profunda, pérdida de san-

gre, accidentes cerebrovasculares, dehiscencia de suturas, muertes etc.

- Reducción de la mortalidad

A pesar de sus numerosos beneficios, no siempre se cumplimentan de manera adecuada, ya sea por desconocimiento de cómo hacerlo o por no ser conscientes de sus beneficios. Por ello, en este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre cómo y cuándo cumplimentar el checklist con el fin de fomentar su uso.

3 Objetivos

El principal objetivo de este artículo es saber cómo llevar a cabo y cumplimentar un checklist por parte del personal de Enfermería y, recalcar así, la importancia de realizarlo siempre antes, durante y después de una cirugía.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre listados de seguridad quirúrgica y cómo cumplimentarlos de manera adecuada. Para ello se han buscado artículos utilizando las palabras clave: checklist, listado de verificación quirúrgica y enfermería. Se han seleccionado artículos publicados desde el 2016, en total se han consultado 5 artículos.

5 Resultados

El checklist de seguridad constituye una importante herramienta para mejorar la calidad asistencial. Es sencillo de cumplimentar y tiene muy poco coste. Consta de 3 secciones diferentes, que se cumplimentan de manera secuencial, de manera que, si un ítem no puede ser confirmado, no se puede continuar con los demás. En total se deben confirmar 22 ítems, que se distribuyen en 3 bloques diferentes.

Para poder hacerlo de manera adecuada, deben participar en su cumplimentación los diferentes miembros del equipo asistencial. Se recomienda que participe todo el equipo en todo el proceso, pero en la práctica, la primera sección suele ser cumplimentada sin la participación del cirujano.

A continuación, se describe el checklist de seguridad y cuándo y cómo cumplimentarlo.

-Entrada: “sing in”, antes de la inducción de la anestesia: este primer apartado consta de 7 ítems y es el único que puede ser cumplimentado sin la participación del cirujano, es decir, con la participación del anestesista y la enfermera. Abarca el periodo desde que el paciente entra en el bloque quirúrgico y hasta la inducción de la anestesia. En este apartado se comprueban los siguientes ítems:

1. El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico y procedimiento. También se comprueba que ha firmado el

consentimiento informado.

2. Se realiza comprobación de la demarcación del sitio quirúrgico: procede/no procede

3. Se comprueba el material de anestesia necesario: aparatos y medicación.

4. El pulsioxímetro está colocado y funciona debidamente

5. ¿Es alérgico a algo el paciente? Si/No (cuáles)

6. ¿Tiene una vía aérea complicada o riesgo de aspiración? No/Sí. En caso afirmativo comprobar que hay instrumental y equipos necesarios disponibles.

7. Se comprueba si existe riesgo de hemorragia >500ml (7ml/kg en niños): No/Sí. En caso afirmativo, comprobar que el paciente tenga un acceso intravenoso adecuado y líquidos necesarios disponibles

Se recomienda añadir ítems para comprobar las ayunas, la realización previa de pruebas pretransfusionales válidas y la revisión de tratamiento anticoagulante y antiagregante.

-Pausa quirúrgica: “time out”, antes de la incisión quirúrgica: esta segunda sección consta de 10 ítems que son cumplimentados por todo el equipo: enfermería, anestesia y cirugía. Abarca desde la inducción a la anestesia y antes de la incisión quirúrgica. Contiene los siguientes ítems:

1. Todos los miembros del equipo se presentan por nombre y función en voz alta.

2. Se confirma verbalmente el nombre

del paciente, procedimiento a realizar y sitio quirúrgico.

3. Se valoran los eventos críticos puedan tener lugar durante la intervención.

4. El cirujano revisa cuáles serán los pasos críticos, cuánto durará la intervención y cuál es la pérdida de sangre prevista.

5. El anestesista es el encargado de revisar si el paciente presenta algún tipo de problema en concreto.

6. El personal de enfermería debe revisar que el material está estéril y si existen dudas o problemas con el equipo y material necesario.

7. Se comprueba que se ha administrado la profilaxis antibiótica durante los anteriores 60. Si/No procede.

8. Comprobar que se puedan visualizar imágenes diagnósticas necesarias: Sí/No procede

9. Preparación de la piel según protocolo: Sí/No procede

10. Secado del antiséptico (>2min) y ausencia de derrames de antiséptico: Sí/No procede

-Salida: “sing out”, antes de que el paciente abandone el quirófano: este último apartado consta de 5 ítems. Se debe cumplimentar por todo el equipo desde la finalización de la intervención y antes de que el paciente abandone el quirófano.

1. Se confirma verbalmente el procedimiento realizado

2. Se realiza conteo de gasas, aguja e instrumentos, si precisa.

3. En el caso de haber recogido muestras, comprobar que estas han sido etiquetadas correctamente con el nombre del paciente.

4. Se verifica si existen problemas por resolver con el instrumental y los equipos.

5. El cirujano, anestesista y enfermera comprueban los aspectos más importantes en relación con el tratamiento y recuperación del paciente.

En algunos casos, se añade otro apartado en el checklist donde se especifica si se ha evitado algún incidente con la cumplimentación del mismo y, de ser así, cuál ha sido.

Por último, para finalizar la cumplimentación, el anestesista, cirujano y enfermera deben firmar el checklist y añadirlo a la historia clínica del paciente.

Como se puede comprobar, su cumplimentación resulta sencilla y concisa. No requiere mucho tiempo y mejora la comunicación entre los miembros del equipo. Además, ofrece numerosos beneficios y disminuye la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

6 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir por un lado, que los checklist de seguridad son fáciles de cumplimentar y resultan útiles para disminuir las complicaciones relacionadas con las cirugías, mejoran la comunicación con el paciente y en-

tre el equipo asistencial y reducen la morbi-mortalidad relacionada con las cirugías.

Por otro lado se puede concluir que, puesto que el personal de Enfermería es responsable de su cumplimentación, debe saber cómo y cuándo cumplimentarlos, así como conocer sus beneficios para poder fomentar una cultura de seguridad, mejorar la comunicación con los otros miembros del equipo y disminuir los eventos adversos.

7 Bibliografía

1. López-Gavito E, Arroyo-Aparicio JY, Zamora-Lizárraga AA, Montalvo-López Gavito A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbi-mortalidad. *Cirujano General* [Internet]. 2016;38(1):12–8.
2. Porcari TA, Cavalari PCF, Roscani ANCP, Kumakura AR de SO, Gasparino RC. Safe surgeries: elaboration and validation of a checklist for outpatient surgical procedures. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2020;41: e20190321.
3. Domingo L, Sala M, Miret C, Montero-Moraga JM, Lasso de la Vega C, Comas M, et al. Perceptions from nurses, surgeons, and anesthesiologists about the use and benefits of the surgical checklist in a teaching hospital. *J Health Qual Res* [Internet]. 2022;37(1):52–9.
4. Ramos AP, de Anton R, Guidi E, Deltor SM, Lupica L. Nursing preoperative

- checklist for safe surgery. *Arch Nurs Pr Care* [Internet]. 2019;5(1):023–9. 5. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2907.
5. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2907.

Artículo 21

LA FIGURA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE NUESTRO PAÍS

JULIA HERRANZ HERNANDO

VICTOR RICARDO MÉNDEZ SÁNCHEZ

MIRIAM RUBIO MORAL

Introducción. Una de las principales causas de mejora en la atención al paciente de las unidades multidisciplinarias es la colaboración y trabajo en equipo de los distintos profesionales sanitarios.

Objetivo general. Describir los elementos que influyen en la gestión de casos.

Metodología. Se realizó una revisión narrativa basada en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane Plus, Cuiden y biblioteca Virtual de la Salud (BVS), entre febrero y marzo de 2022.

Resultados-Conclusiones. El elemento distintivo de estas unidades puede ser la figura de la enfermera gestora de casos, encargada de la coordinación de la atención de cada paciente.

1 Palabras clave

Enfermera gestora de casos y unidad multidisciplinar.

2 Introducción

La importancia de la figura de la enfermera gestora de casos ha ido aumentando en los últimos años. Esto se ve reflejado en la estrategia para la cronicidad aprobada por el Ministerio de

Sanidad, en el que se intenta impulsar el papel de los cuidados enfermeros.

Dentro de la propia profesión de enfermería es necesario clarificar la definición y funciones de la enfermera gestora de casos, ya que se produce una mezcla de varios conceptos similares; gestora de casos, enfermera de práctica avanzada, enfermera de enlace... (1)

Es importante resaltar las capacidades de la enfermera gestora de casos. Según un estudio de la Universidad Complutense de Madrid, estas capacidades son, entre otras; garantizar la continuidad de cuidados, ya que favorece la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y establecer canales de información rápida y eficaz facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales.

Igualmente, pretende evitar la fragmentación de servicios sanitarios, fomentando la unión asistencial.

De esta forma, se facilita al paciente/cuidador el traslado a su domicilio tras el alta hospitalaria de una forma planificada y acorde a sus necesidades y se podrían evitar ingresos hospitalarios. (2)

En este artículo se realiza una revisión del inicio de la figura de la enfermera gestora de casos y el desarrollo de sus principales funciones.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los elementos que influyen en la gestión de casos.

Objetivos secundarios:

- Establecer los beneficios de la enfermera gestora de casos en las unidades multidisciplinarias.
- Analizar las referencias históricas de la gestión de casos.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane Plus, Cuiden y biblioteca Virtual de la Salud (BVS), entre febrero y marzo de 2022.

Como criterios de inclusión se estableció:

- Publicaciones originales en los últimos 10 años.
- Evidencias generadas en español o portugués.
- Artículos en cuyas palabras clave se encuentre “gestión de casos” y “enfermería”.

Criterios de exclusión:

- Estudios desactualizados o con una fecha de publicación anterior a 2012.

5 Resultados

Para entender el origen de esta figura, es necesario remontarse a las enfermeras de enlace en salud mental que se relatan en los años 1963-1964 por autores como B.S Johnson (3)

Por otro lado, dentro de la taxonomía NANDA, NIC, NOC se recoge la intervención enfermera NIC: 7320 gestión de casos, que se aprobó en la tercera edición de las NIC en el año 2000, y se definió en su sexta edición de 2013 como: «Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados» (4).

Dicha intervención hace especial énfasis en la eficiencia y reducción de costes, clasificando a los pacientes según criterios de elevación de costes y alto riesgo.

Por ende, en España, aparece por primera vez la figura de enfermera de gestión de casos en 1994 en la Comunidad Autónoma de Canarias (5) y en la Comunidad Autónoma de Cataluña (6). En ambas comunidades autónomas se observan características comunes como son; una excelente atención domiciliaria y una adecuada a coordinación y continuación de cuidados entre los diversos niveles asistenciales sanitarios y sociales.

Además de Canarias y Cataluña, la figura de la enfermera gestora de casos se encuentra en Andalucía, Aragón, Murcia, Valencia y Madrid. (7)

El Ministerio de Sanidad apoya y fomenta dicha figura pero especificando que su desarrollo será competencia de las comunidades autónomas y que no

se introducirá en la Cartera de Servicios del Ministerio de Sanidad. De esta forma, los recursos económicos y el establecimiento de los modelos de desarrollo de la enfermera gestora de casos es responsabilidad única de cada comunidad autónoma. (8)

Aun así, las funciones de las enfermeras gestoras de casos se enmarcan dentro de 5 campos: diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación. Estas funciones de las enfermeras gestoras de casos, varían según el modelo asumido y las necesidades de cuidados de dicha comunidad.

6 Discusión-Conclusión

Como conclusión, destacar que la enfermera gestora de casos facilita al paciente todos los servicios sanitarios y sociosanitarios que deben cubrir sus necesidades, fomenta el uso eficiente de los recursos mejorando la calidad asistencial y la comunicación entre atención primaria y atención especializada.

Dicha enfermera utiliza como herramienta el método científico para identificar las necesidades básicas de la población más vulnerable y poder aportar soluciones óptimas e individualizadas al paciente crónico complejo.

Se puede deducir que la enfermera gestora de casos es una herramienta que orienta a la excelencia la calidad asistencial. Por ello, el Sistema Sanitario Español debería apostar por este

elemento de mejora de la atención al paciente que empodera a la enfermería y presenta una atención holística.

7 Bibliografía

1. Espelt Aluja MP. La tan mitificada gestión de casos. Revista Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2009;1: Iss 3, Article 6. [consultado 25 Sep 2015]. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/6/>.
2. Servicio de Andalucía. Consejería de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Noviembre. 2006. Disponible en: <https://cutt.ly/3ffhAZ>.
3. B.S. Johnson. Psychiatric nurse consultant in a general hospital. Nurs Outlook, 11 (1963), pp. 728-729 Medline).
4. H.E. Peplau. Psychiatric nursing skills and the general hospital patient. Nurs Forum, 3 (1964), pp. 28-37.
5. Bulechek GM, Butcher KK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier 6.^a edición.
6. G. Duarte, M.D. Izquierdo, G. Pérez, J. Artiles, A. Aguirre, M. Cueto. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. Boletín Enfermería Comunitaria, 8 (2002), pp. 27-28.
7. Espelt Aluja MP. La tan mitificada gestión de casos. Revista Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2009;1: Iss 3, Article 6. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/6/>.

8. I. Sánchez Martín. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. Enferm Clin, (2014), pp. 79-89. Enfermería 21. La enfermera gestora de casos es competencia de las CCAA. Grupo paradigma. 2015. ISSN 2530-4518. Disponible en: <https://cutt.ly/wfff1bW>.

Artículo 22

EFICACIA DE LA VENOPUNCIÓN ECOGUIADA EN ENFERMERÍA

REBECA PILAR MARTÍNEZ DE MORENTIN NAVAR-
CORENA

MIRENTXU MUGUERZA AMIGORENA

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), más del 95% de la población general va a necesitar de la canalización de una vía periférica. Proporcionar un acceso venoso periférico es uno de los procedimientos técnicos más comúnmente realizados en los hospitales y es una competencia propia de enfermería. Obtener un acceso venoso puede llegar a ser complicado y esto puede causar retraso en el manejo del paciente, aumentar el riesgo de eventos adversos y aumentar el costo para el propio hospital.

Desde hace unos años se propone el ecógrafo como medio para mejorar la canalización de aquellas vías venosas periféricas difíciles.

Es por ello por lo que nos preguntamos si al utilizar el ecógrafo se reduciría éste número de intentos y se mejoraría tanto la satisfacción del paciente como el propio resultado.

El objetivo de este artículo ha sido conocer la técnica de canalización una vía venosa periférica con la ayuda del ecógrafo, el material y las diferentes funciones de éste. También se ha querido comparar con la técnica tradicional en cuanto a tiempo empleado con cada uno de los dos métodos, satisfacción del paciente y porcentaje de aciertos. Tras ésta revisión, se puede concluir que la venopunción ecoguiada aumenta la probabilidad de aciertos cuando es complicado coger una vía venosa periférica sin aumentar el tiempo, disminuyendo el número de intentos y protegiendo la propia vena, mejorando así el confort del propio paciente.

1 Palabras clave

catéter periférico, catéter venoso, ecografía, catéter, ecógrafo y enfermería.

2 Introducción

El primer aparato de ultrasonidos se desarrolla en 1950, sin embargo hasta 1980 no se pudieron obtener imágenes a tiempo real. Los ultrasonidos son una serie de ondas de alta frecuencia que reflejan las estructuras corporales. Estos ultrasonidos se forman en la sonda del ecógrafo que posee en su interior unos cristales de cuarzo que al ser estimulados por el voltaje eléctrico deforman su estructura produciendo ondas de ultrasonidos. Dependiendo de la intensidad o amplitud, el dispositivo lo traducirá en una escala de grises. Esta capacidad se denomina ecogenicidad, en función de la intensidad, las estructuras que resultan difíciles de atravesar rebotan ondas de mayor intensidad dando un color más blanco (un hueso), si la mayor parte de las ondas pasan a través de la estructura sin llegar a rebota se genera una imagen más oscura (líquidos). Se trata de una técnica no invasiva que no produce dolor en el paciente y que no emite radiación ionizante.

Indicaciones:

- Comúnmente se utiliza el ecógrafo cuando la técnica tradicional basada en la palpación falla o cuando se estima un

acceso venoso difícil.

Existen las mismas contraindicaciones para la venopunción tradicional y la ecoguiada:

- Signos de infección/ flebitis en la vena que se va a puncionar.
- Fístula arteriovenosa en la extremidad.
- Cirugías previas en la extremidad que afecten al sistema vascular.
- Traumatismo o quemadura proximales a la lesión.

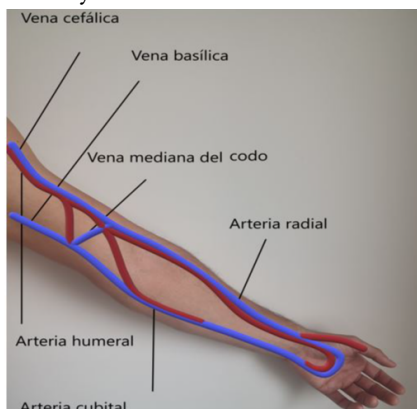
Existen diferentes ventajas de la utilización del ecógrafo para la canalización de una vía venosa periférica frente a la técnica tradicional, entre las que se destacan la disminución del número de intentos y la reducción de complicaciones posteriores reservando así el capital venoso.

A continuación se explica la circulación venosa (Anexo 1):

- Vena cefálica: comienza en la mitad radial del dorso de la mano. Avanza proximalmente por el lado radial del antebrazo hacia el pliegue del codo donde se anastomosa con la vena basilíca. Continúa por el surco bicipital lateral hasta el triángulo claviperectoral, donde desemboca en la vena axilar.
- Vena basilíca: comienza en el lado cubital del dorso de la mano, avanzando proximalmente por la zona cubital de la cara anterior del antebrazo comunicándose con la vena cefálica a través de la vena mediana cubital de la flexura del

codo. En la zona braquial suele ser de mayor tamaño que la vena cubital. Desemboca en la rama medial de la vena braquial.

- Vena mediana cubital: se trata de una anastomosis oblicua que une la vena basilica y la cefalica.



3 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la técnica de la venopunción ecoguiada y realizar una revisión bibliográfica para compararla con la técnica de “palpación” habitual, teniendo en cuenta el tiempo requerido, la satisfacción del paciente y las posibles complicaciones.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed. Se ha buscado artículos con las palabras clave catéter periférico, catéter venoso, ecografía, catéter, ecógrafo, enfermería. De los artículos encontrados se han seleccionado aquellos

publicados a partir del 2019 y que estuvieran en inglés o castellano. En total se han revisado 6 artículos. También se ha añadido información de la página web oficial de la OMS.

5 Resultados

El uso del ecógrafo para canalizar una vía venosa está indicado en pacientes que tengan una puntuación en la escala DIVA (Difficult Intravenous Access) alta. Ésta escala consta de 5 factores de riesgo, cada respuesta positiva a cada uno de ellos puntúa con un punto. Estos ítems son: aspecto palpable, antecedentes acceso intravenoso difícil, aspecto visual, indicación no planificada de cirugía, diámetro de la vena menor a 2 mm. Si se obtiene una puntuación de 0-1 se considera un riesgo bajo, entre 2 y 3 puntos riesgo medio y más de 4 puntos un riesgo elevado.

Material necesario:

- Ecógrafo con sonda lineal de alta frecuencia (5-10Mz).
- Catéter suficientemente largo.
- Funda para la sonda estéril.
- Gel de ultrasonidos.
- Apósito transparente para fijar el catéter.

Procedimiento de canalización de una vena periférica ecoguiada:

Asegurarse una visión lineal del brazo y de la pantalla del ecógrafo.

Realizar una primera vista con el ecógrafo para seleccionar la vena. Diversos estudios coinciden en que los casos superficiales más grandes están relacionados con una mayor tasa de éxito. Otros indican que la vena basilica es la de primera elección por tener un calibre mayor, alejada de nervios y arterias aunque es más profunda que la braquial. En caso de no poder con esta primera opción se indica la braquial como segundo recurso.

Elección del punto de punción:

- En adultos se priorizará las extremidades superiores a las inferiores.
- Si existe flebitis elegir el otro miembro en primer lugar y sino una zona más proximal del mismo miembro en segundo lugar.
- No canalizar venas varicosas ni trombosadas.
- Elegir el miembro no dominante si es posible.
- No puncionar la extremidad afectada en paciente que se les ha extirpado los ganglios axilares (mastectomías con vaciado ganglionar). Tener en cuenta procesos previos como accidentes cerebro vasculares que afecten a la extremidad, una fistula arteriovenosa, quemaduras, etc.

Colocar la funda de sonda en la sonda (previamente se ha colocado gel en la sonda). Asegurarse de que no haya burbujas de aire entre la sonda y la cubierta.

Primeramente se hará un recorrido con el ecógrafo:

1. Visualizar vena cefálica en flexura del codo.
2. Identificar arteria y venas braquiales en flexura del codo.
3. Visualizar vena basilica en el surco del bíceps-humeral.
4. Visualizar vena cefálica en la mitad del brazo continuando hasta la vena axilar en la zona infra claviclar.
5. Visualizar subclavia, yugular interna y zona supraclaviclar.

Existen dos tipos de técnica refiriéndonos a la colocación de la sonda respecto a la extremidad:

- Transversalmente. La técnica transversal se recomienda para principiantes ya que se considera una técnicamente más fácil. Se coloca la sonda del ecógrafo de manera que el eje largo de la sonda quede perpendicular a las paredes del vaso, estos se visualizarán como estructuras oscuras redondas. Consiste en localizar el vaso deseado con el marcador de la sonda hacia el lado izquierdo del enfermero. La vena aparecerá como un círculo negro en la pantalla. Hay que intentar colocar la vena en el centro de la pantalla del ecógrafo. Muchos ecógrafos tienen una opción que consiste en colocar una guía o línea central en la pantalla para ayudar a localizar el centro de la pantalla. También la propia sonda tiene una marca en el centro. Se debe sostener la sonda con la mano no dominante y al aguja con la mano dominante.

Se penetra la piel con la guja hasta que la punta cruce el haz del ultrasonido

(en la pantalla se podrá observar un punto blanco brillante). Entonces se deberá mover la sonda a lo largo del recorrido del vaso a la vez que se avanza con la aguja. La cámara de la aguja se llenará de sangre, hay que seguir avanzando la aguja un poco más antes de enhebrar el catéter. Se deberá ir ajustando el ángulo para garantizar que parte del catéter se encuentre en el vaso y no solo la punta de la aguja.

- La técnica longitudinal permite visualizar la aguja cuando entra en el vaso. Se considera una técnica más difícil que la transversal, por lo que es recomendable para usuarios con experiencia en la venopunción ecoguiada. Que una persona sin experiencia utilice esta técnica puede suponer que la sonda se desplace sin darnos cuenta de la vena a la arteria. En ésta técnica la luz del vaso se ubica en un plano transversal o plano sagital. Este plano decide las estructuras del cuerpo en segmento derecho e izquierdo. Se debe girar la sonda 90° para que el plano de la sonda siga el del vaso, quedando en el eje paralela al trayecto de los vasos. Se ajusta la aguja para que coincida con la misma dirección, mientras se mantiene la sonda inmóvil hasta que se ve venir desde un lado de la pantalla hacia el vaso. El resto sería igual que en el método transversal.

Es importante saber diferenciar una vena de una arteria en la pantalla del ecógrafo, ya que ambas se ven

como una estructura oscura. Las arterias tienen una forma circular regular, son pulsátiles y no se comprimen con la presión ejercida por la sonda. Las venas tienen una forma oval irregular, se comprimen al hacer presión con la sonda, varía de tamaño con el movimiento y se expanden la posición de trendelenburg o con un compresor.

Ajustes del ecógrafo a tener en cuenta:

- Brillo y contraste. El color negro en la pantalla nos está indicando tejidos líquidos como la sangre, el color gris no indica el tejido blando y el color blanco indica aguja o material rígido.
- Profundidad. A la derecha de la pantalla se visualizan unos números que corresponden con centímetros.
- Ganancia: definida como la capacidad que tenemos de modificar la amplitud del eco (magnitud de onda ultrasónica), resultando una imagen más o menos brillante. Mejora la imagen.
- Audio gráfico. Exploración directa del flujo que nos ayuda a distinguir entre una arteria y una vena generando un gráfico de ondas pulsátiles.
- Color. Se muestran las diferentes estructuras a color, mostrando velocidad y dirección del flujo de sangre siendo el color rojo el elegido para el líquido que se acerca y el color azul el de flujo que se aleja del transductor. No detecta flujo si éste es perpendicular al transductor. No es útil para diferenciar una vena de una arteria aunque no puede ayudar ya que en la arteria

el flujo/color será pulsátil y en la vena continuo.

Las complicaciones de la punción ecoguiada son similares a las de la canalización de una vena con la técnica tradicional, sin embargo al estar ubicada en una superficie más profunda estos hallazgos pueden resultar más complicados y sutiles de apreciar. Estas complicaciones son las siguientes:

- Punción arterial.
- Punción del nervio.
- Trombosis.

6 Discusión-Conclusión

La técnica ecoguiada se emplea para evaluar e identificar la vena con el calibre adecuado evitando así dañar estructuras adyacentes, con esto se consigue aumentar la tasa de éxito, supone también un ahorro para el sistema sanitario y un aumento de la satisfacción por parte del paciente. Aporta ventajas que la técnica tradicional no tiene, siendo las más relevantes la visualización y localización de estructuras en tiempo real y aumento de la precisión.

La venopunción ecoguiada tiene una elevada tasa de éxito, las complicaciones son poco frecuentes y el tiempo empleado en canalizar la vía es similar al empleado con la técnica habitual sin el ecógrafo. Así mismo, la satisfacción del paciente es elevada con el uso de la técnica defendida en esta revisión.

En diversos estudios se observa un

menor número de intentos para canalizar una vía con la técnica ecoguiada que con la técnica tradicional, teniendo en cuenta que en todos los estudios se están evaluando a pacientes con acceso venoso difícil.

Por todo esto el personal de enfermería debería estar bien formado en ésta técnica para poder beneficiarse de sus ventajas.

7 Bibliografía

1. Civetta G, Cortesi S, Mancardi M, De Pirro A, Vischio M, Mazzocchi M, et al. EA-DIVA score (Enhanced Adult DIVA score): A new scale to predict difficult preoperative venous cannulation in adult surgical patients. *J Vasc Access* [Internet]. 2019;20(3):281–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1129729818804994>.
2. Witting MD, Schenkel SM, Lawner BJ, Euerle BD. Effects of vein width and depth on ultrasound-guided peripheral intravenous success rates. *J Emerg Med* [Internet]. 2010;39(1):70–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.01.003>.
3. Sette P, Dorizzi RM, Azzini AM. Vascular access: An historical perspective from sir William Harvey to the 1956 Nobel Prize to André F. cournand, Werner Forssmann, and Dickinson W. richards. *J Vasc Access* [Internet]. 2012;13(2):137–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5301/jva.5000018>.
4. Carr PJ, Rippey JCR, Budgeon CA,

Cooke ML, Higgins N, Rickard CM. Insertion of peripheral intravenous cannulae in the Emergency Department: factors associated with first-time insertion success. *J Vasc Access* [Internet]. 2016;17(2):182–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5301/jva.5000487>.

5. Maiocco G, Coole C. Use of ultrasound guidance for peripheral intravenous placement in difficult-to-access patients: advancing practice with evidence: Advancing practice with evidence. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2012;27(1):51–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31822b4537>.

6. Moraza-Dulanto MI, Garate-Echenique L, Miranda-Serrano E, Armenteros-Yeguas V, Tomás-López MA, Benítez-Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones. *Enferm Clin* [Internet]. 2012;22(3):135–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.002>.

Artículo 23

CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO: AUTOMEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA)

MARIA ROSA BEASAIN ARANDA

NURIA FERNÁNDEZ LEÓN

CRISTINA VELA LUMBRERAS

SONIA LÓPEZ JUSUÉ

1. Ventajas del AMPA.
2. Limitaciones del AMPA.
3. Pautas para una correcta realización de la medición de la PA.
4. Dispositivos validados para la realización de la toma de la PA, Sociedad Española de hipertensión liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial.

1 Palabras clave

- AMPA: automedición de la presión arterial o medición por personas que no son profesionales sanitarios.
- HTA: hipertensión arterial
- PA: presión arterial.
- OMS: organización mundial de la salud.

- TAS: Tensión arterial sistólica.
- TAD: Tensión arterial diastólica.
- FC: frecuencia cardiaca.

2 Introducción

Según la OMS la HTA es la primera causa de muerte en el mundo, cau-

sante del 45% de fallecimientos por cardiopatía isquémica y del 51% por accidentes cerebrovasculares, por lo que es de gran importancia detectarla de forma precoz, ya que es complicado su diagnóstico debido a que en la mayoría de los casos es asintomática.

Debido a la variabilidad de las cifras de mediciones de la tensión arterial en el centro de salud, se aconseja realizar estas mediciones fuera de la consulta, realizando el método AMPA (automedición de la tensión arterial o por personas que no son profesionales sanitarios), evitando el efecto de bata blanca.

Permite realizar varias tomas al día o en distintos días, controlando su variabilidad, ya que en el centro de salud las tomas de la tensión son muy reducidas.

Hay evidencia científica de que las medidas de la tensión arterial fuera de la consulta es más eficaz y evalúan mejor el riesgo cardiovascular, creando un empoderamiento del paciente, haciendo que haya una mayor adherencia al tratamiento.

Existen muchos tipos de equipos para la toma de la tensión arterial, estos equipos deben cumplir unos estándares específicos, deben tener una Certificación de la Comunidad Europea de validación para el uso clínico.

3 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de la AMPA.

4 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica con lectura crítica de diferentes artículos científicos y guías, utilizando bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, Guíasalud.

Se ha utilizado las guías prácticas para la medición de la PA en consultorio y fuera del consultorio de la Sociedad Española de Hipertensión-liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-Lelha).

5 Resultados

Ventajas del AMPA:

- Realiza un mejor diagnóstico de la HTA.
 - Puede realizarse en pacientes mayores de 75 años autónomos.
 - En gestantes se ha demostrado que los valores obtenidos por el método AMPA, son menores que los obtenidos en una consulta.
 - Es muy útil para el diagnóstico de HTA aislada.
 - Realización de la toma en distintos momentos del día, por lo que podemos ver como es el comportamiento de la PA.
 - Permite valorar la respuesta de los distintos antihipertensivos, su duración y su efecto máximo.
 - Mejora la adhesión al tratamiento debido al empoderamiento del paciente.
- El número de automedidas recomendado en el domicilio es de dos tomas

(mañana-noche) al menos tres días a la semana.

Hay pacientes que se excluyen de este método: pacientes con déficit cognitivo, arritmias cardíacas, alteraciones psiquiátricas, alteraciones motoras, déficit visual, ya que precisa de un entrenamiento, para realizar las medidas de forma correcta, por lo que el papel de enfermería es muy importante para proporcionar la información y el entrenamiento adecuado.

Pautas para la realización de la medición de forma correcta en el domicilio:

1. Ambiente agradable, sin ruidos, con una temperatura adecuada.
2. No tomar la PA después de las comidas.
3. No tomar la PA tras el ejercicio o esfuerzos físicos.
4. No consumir una hora antes de tomar la PA, alcohol, tabaco o café.
5. No hablar.
6. Vaciar la vejiga antes de la medición.
7. Sentarse en una silla cómoda, sin cruzar las piernas.
8. Reposo 5 minutos antes de tomar la PA.
9. Colocar el brazo a la altura del corazón, apoyándolo en una mesa.
10. Se tomará la PA en el brazo que más altas den las cifras.
11. El manguito se colocará sobre la piel, no sobre la ropa. La colocación se hará 2-3 cm por encima del pliegue del codo.
12. Registro por escrito de TAS, TAD Y FC.

El tensiómetro tiene que ser vali-

do por las sociedades científicas de hipertensión. La sociedad Española de Hipertensión-liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (SEH-Lelha), informa sobre los tensiómetros que se encuentran con aval científico.

Actualmente los aparatos electrónicos automáticos y semiautomáticos son los dispositivos con mejor manejo, fiabilidad, con pantalla, memoria e impresora y son asequibles económicamente.

6 Discusión-Conclusión

Gracias a distintos estudios basados en evidencia científica, hoy en día se sabe que la medición de la PA en los centros de salud conlleva a errores por el fenómeno de bata blanca, provocando cifras mucho más elevadas de las reales, por lo que se puede realizar un diagnóstico falso de HTA.

Es imprescindible que el paciente esté instruido en la toma de PA y que utilice tensiómetros validados y calibrados.

El uso del método AMPA hace que el paciente sea más autónomo en su cuidado de la salud, mejorando la adherencia del tratamiento.

El médico será quien interprete todas las mediciones y pondrá el tratamiento oportuno a cada paciente, por lo que es importante realizar un registro adecuado y no falsear los resultados, por lo que los tensiómetros con memoria o impresora evitan este problema.

7 Bibliografía

1. Asmar R,Zannchetti A.Directrices para el uso de la auto-monitorización de la tensión arterial:Informe de la primera conferencia internacional de consenso.J Hypertens 2000;18:493-508.
2. Torres JI,Martínez E,Adrián N,Galicia MA,Britt MJ,Ccordero J.Variaciones de la prevalencia y el perfil del paciente con fenómeno de bata blanca,según su definición con autome-dida de presión arterialdomiciliaria (AMPA).Aten primaria 2001;28:234-40.
3. Bayó J,Roca C,Cos C,Medrano C.AMPA Y MAPA.Indicaciones y beneficios.Jano 2002;62:67-70.
4. Sociedad Española de Hipertensión -Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial(SEH-LELHA).Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España.

Artículo 24

VALORACIÓN DE IMÁGENES LÍTICAS ÓSEAS A TRAVÉS DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE

CARMEN CARRERA SAUSÁN

CARMEN SANROMÁN PONS

OHLANE RUBIO BARRERA

RUTH GARZA PÉREZ

La primera elección para valorar las enfermedades óseas es la radiografía simple, a través de ella se va a detectar muchas lesiones y se puede establecer un diagnóstico muy fiable.

Gracias a los estudios óseos y su interpretación de la radiografía simple se hace la lectura de las lesiones óseas de interés en el paciente.

1 Palabras clave

Radiografía, hallazgos líticos, imágenes óseas, cáncer, metástasis óseas, diagnóstico y tratamiento.

avance en los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades, para intentar atajar en la medida de lo posible el crecimiento de la enfermedad.

2 Introducción

En los últimos años, la incidencia de metástasis óseas secundarias a carcinomas, ha llevado a que se estudie y

El problema es tan extenso y la gravedad de la enfermedad tiene tanta repercusión en los pacientes, que en los últimos años se ha avanzado en la detección y tratamiento de la enfermedad metastásica ósea.

Uno de los síntomas más claros con los que aparece la enfermedad es el dolor intenso, en otros casos es la fractura patológica, la que nos descubre la enfermedad.

La prueba para detectar y valorar estas enfermedades es la radiología simple.

Según estudios recientes 3/4 partes de los enfermos que mueren por cáncer tienen metástasis óseas cuando fallecen.

Debido a esto la calidad de vida de los pacientes se deteriora mucho, un reto para los oncólogos es tratar de combatir los efectos negativos que la enfermedad del cáncer tiene añadidos.

Datos recientes, nos ofrecen los siguientes números sobre la incidencia sobre el cáncer 162.000 por años.

De estas cifras 52.000 son de lesiones primarias que metastatizan en hueso, seguido de pulmón, mama, próstata, riñón y tiroides.

3 Objetivos

Dar a conocer cómo se realiza la valoración de las imágenes líticas óseas a través de la radiografía simple.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

El paciente que acude derivado del médico de cabecera a la unidad de radiodiagnóstico del hospital, viene por prescripción de su médico de cabecera o de otra especialidad como puede ser oncología.

Esta derivación se hace porque el paciente manifiesta dolor o molestias.

Previamente, antes de la radiografía, existe una exploración física donde no presenta ninguna otra sintomatología.

Se solicita una radiografía, para verificar el dolor que el paciente comenta.

Si en la radiografía simple se visualiza una imagen osteolítica, se valora el tratamiento

Los hallazgos más frecuentes son inflamación de los tejidos blandos y metástasis afectada, muy difícil de visualizar.

Estos cambios en los huesos se manifiestan entre 7 y 10 días desde los primeros síntomas que aparecen.

Las lesiones osteoclásticas se deben a una desmineralización y ruptura de la matriz ósea por los osteoclastos en hueso cortical que tiene una estructura esponjosa, mientras que las lesiones osteoblásticas son por formación de nuevo tejidos por osteoblastos y producen una imagen de gran densidad.

La radiografía simple, habitualmente es suficiente para su diagnóstico y tratamiento.

El aspecto radiográfico es muy variado y depende de la proporción de tejido fibroso frente al tejido óseo normal.

Si existe gran cantidad de tejido fibroso, las lesiones aparecen en su mayoría como quísticas, mientras que si tienen gran osificación, aparecen oscuras y escleróticas.

Una imagen típica es una lesión lítica con aspecto acristalado muy frecuente en huesos largos o también la lesión rodeada de una banda de hueso reactivo muy parecido en forma a la formación de un infarto óseo.

Los huesos más frecuentemente afectados y donde se encuentran estas lesiones líticas son en las siguientes partes del cuerpo: cráneo, cara, pelvis, columna, costillas y huesos largos.

6 Discusión-Conclusión

Simplemente con la radiografía es suficiente para el diagnóstico de imágenes líticas y caracterización y además es la primera aproximación diagnóstica en el estudio de las lesiones óseas, se puede complementar para más información, en el caso de que sea necesario con otras pruebas de diagnósticas de imagen.

Saber los patrones radiológicos de las lesiones líticas es el primer paso.

Las características clínico-radiológicas de determinadas lesiones nos van a per-

mitir su diagnóstico y posterior clínica. No es necesaria la realización de una biopsia.

Con esta técnica evitamos las complicaciones asociadas a la ansiedad que genera en los pacientes ante procesos diagnósticos largos.

7 Bibliografía

1. www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600014.
2. www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-09/valoracion-radiologica-de-imagenes-liticas-oseas/.
3. www.fmc.es/es-diagnostico-diferencial-lesiones-tumorales-oseas-articulo-S1134207213706303?xhy=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67s1.

Artículo 25

DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRANEOENCÉFALICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

OHLANE RUBIO BARRERA

CARMEN CARRERA SAUSÁN

RUTH GARZA PÉREZ

CARMEN SANROMÁN PONS

El traumatismo craneoencefálico es una lesión traumática provocada en el cerebro causada por una fuerza externa y que puede producir una disminución del nivel de conciencia y alteración en las habilidades cognitivas, físicas, sociales y emocionales de la persona.

Suele producirse en varones de edad media y la causa más común son los accidentes de tráfico. Esto provoca un gran impacto social, ya que puede ser un motivo de incapacidad del paciente.

Hay diferentes técnicas para diagnosticar la gravedad de esta patología, siendo la más rápida y sensible la tomografía axial computarizada.

1 Palabras clave

Traumatismo craneoencefálico, alteración de la conciencia, urgente y tomografía axial computarizada (TAC).

2 Introducción

El traumatismo craneoencefálico es el daño de origen traumático causado por un agente mecánico externo, que recibe el cerebro y altera las estructuras

craneales, encefálicas o meníngeas y provoca una alteración de la función cerebral (habilidades cognitivas, físicas o emocionales) que puede ser transitoria o permanente.

Es la causa más frecuente de daño cerebral y de muerte y discapacidad en la gente joven. Es más probable en hombres en edad en la que mayor responsabilidades tienen; el 73% de los casos están causados por accidentes de tráfico, aunque también pueden estar provocados por caídas, agresiones, o conmociones cerebrales ocasionadas por el deporte.

Hay varios tipos de traumatismo craneoencefálico:

- Traumatismo abierto: Es cuando hay penetración del cuero cabelludo y el cráneo llega a romperse, normalmente estas lesiones suelen ser causadas por proyectiles u objetos afilados y suelen ser muy graves.

- Traumatismo cerrado: Es cuando no hay penetración del cráneo. Suelen ser producidos por golpes en la cabeza.

La patología que pueden producir son; conmociones, daño axonal difuso, fractura craneal, edema hemorragia o hematomas que estos últimos a su vez dependiendo de la zona donde se encuentren se pueden diferenciar en: hematoma subdural, epidural e intracraneal.

Dependiendo de la gravedad del traumatismo, este puede ser leve o llamado también conmoción cerebral, es el más común, no suele haber pérdida

de conocimiento y si la hay suele ser de minutos; También está el moderado en el que la pérdida de conocimiento suele ser mayor a 30 min y no sobrepasa un día; y por último el grave donde hay una pérdida de conocimiento y una dificultad para aprender información nueva que dura más de una semana.

Normalmente los traumatismos craneoencefálicos, van acompañados de una pérdida de conciencia, la duración de esta es proporcional a la gravedad de la lesión. Para valorar el déficit en las funciones neurológicas se pueden usar varias escalas, como la Escala Neurológica Canadiense, la Escandinava, la de Orgogozo, la NIH Stroke Scale, la de Rankin, la de handicap de Oxford y la más utilizada que es la escala de Glasgow.

La prueba diagnóstica más rápida y fiable, es la tomografía axial computarizada y de la que nos ayudaremos para saber si hay hemorragia edema etc., y ofrecer un diagnóstico rápido para que haya las mínimas secuelas posibles.

3 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de la tomografía axial computarizada para un diagnóstico rápido.
- Poner de manifiesto la importancia de la escala de Glasgow para saber la gravedad del traumatismo.

4 Caso clínico

Varón de 20 años de edad acude al servicio de urgencias del hospital, tras haber sufrido un accidente de moto. Nos dice que no se acuerda de lo que ha pasado y que le han dicho las personas que estaban allí, en el momento del accidente que había perdido la conciencia durante 5 minutos, que tiene dolor de cabeza y náuseas.

El personal de enfermería ante esta situación le realiza la escala de Glasgow que valora la respuesta motora, la respuesta ocular y la respuesta verbal. Según la puntuación obtenida, dependerá la gravedad del traumatismo, siendo un traumatismo leve entre 13-15 puntos, moderado entre 9-12 puntos y uno grave entre 3-8 puntos. Podemos observar que a más puntuación menor es la gravedad.

En este caso el paciente obtiene una puntuación de 14, por lo que es un traumatismo craneal leve porque la pérdida de conciencia ha sido inferior a 30 minutos y se muestra reactivo a estímulos. Después le atiende el médico y este le manda a hacer un TAC.

La tomografía axial computarizada es siempre la técnica de imagen utilizada en los traumatismos craneoencefálicos de urgencia por su rapidez.

Esta técnica obtiene imágenes volumétricas de la zona seleccionada mediante la utilización de rayos x que se toman desde diferentes ángulos, alrededor del cuerpo de man-

era transversal, esto sucede gracias a la rotación del tubo y los detectores que sucede dentro del gantry y a la captación por parte de los detectores de las ondas electromagnéticas para luego mediante un procesamiento de esas imágenes en un ordenador formar la imagen final.

El TAC permite examinar el cráneo óseo con más precisión y detalle y nos da mucha más información que la radiografía convencional, tiene la capacidad de diferenciar lo que es parénquima, sangrado extra o intra cerebrales y posibilidad de delimitar los efectos del traumatismo sobre el cerebro en términos de comprensión y desplazamiento de estructuras.

Cuando realizamos un TC a cada voxel de una matriz de TC se le da un valor que se llaman unidades hounsfield (HU), estos dependen del coeficiente de atenuación que tiene cada tejido y se representan en una escala de grises. Esta escala dice que:

- Un valor 0 HU: es densidad agua que sería color gris (isodensa).
- Un valor >0 HU: lo tendrían materias más densas que el agua, por lo que serían más claras que el gris, tirarían hacia blanco (hiperdensa).
- Un valor <0 HU : serían materias menos densas y tirarían hacia negro (hipodenso).

En el resultado se observa una pequeña zona hiperdensa en la zona temporal, que esto significa que hay hemorragia. El TC sin contraste diagnostica muy

bien los hematomas.

Ante este resultado se deja al paciente en observación durante 24 horas y se le vuelve a hacer un TC de control en el que se observa que la hemorragia se está absorbiendo; por lo que se le da el alta y se le recomienda reposo y ante mucho dolor analgesia.

5 Discusión-Conclusión

El traumatismo craneoencefálico es una lesión traumática, que implica la afectación del encéfalo por causa de un traumatismo en el cráneo.

La primera consecuencia del traumatismo, suele ser la pérdida de conciencia y la intensidad y duración de los síntomas dependerá de la gravedad del traumatismo.

Para valorar esta gravedad hay diferentes escalas y pruebas diagnósticas como la radiografía simple, útil para la patología del hueso en el caso de fractura de cráneo, la resonancia magnética que es útil cuando la persona se ha estabilizado o los síntomas no mejoran y la tomografía axial computarizada que es la prueba elegida para el diagnóstico de urgencia, por su rapidez y sensibilidad.

6 Bibliografía

1. Traumatismo encefalocraneano. Por Gordon Mao , MD, Johns Hopkins School of Medicine. Revisado médicamente jun. 2021.

2. <https://irenea.es/traumatismo-craneoencefalico/>.

3. Value of the computerized axial tomography for early diagnosis of cranio-cerebral trauma

MsC. Maricel Rodríguez Cheong, 1 MsC. Vivian Dosouto Infante, 1 Dra. Yamilé Rosales Fargié, 2 MsC. Mirelvis Musle Acosta 1 y Dra. Yolennis González Stivens 3.

4. Computed Tomography in Mild Craniocerebral Trauma.Dr. Luis Pablo Lee, Dra. Laura Rojas de Recalde, Dra. Miriam Espinola de Canata, Dr. Gustavo Sostoa.

Artículo 26

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTE QUE VUELVE A LA VIDA

BÁRBARA PRADA GONZÁLEZ

ASSIA AMENCHAR EL KHATIB

ROSA MARIA PEREZ RODRIGUEZ

EVA HEREDIA URBANO

CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ

Los cuidados postparada cardiaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada, así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia o reperfusión secundarias de una la misma.

1 Palabras clave

TCAE
CUIDADOS

2 Introducción

Estos cuidados se iniciarán en el momento de la recuperación de circu-

lación espontánea. Los principales objetivos de los cuidados postresucitación son:

Prevenir y tratar las causas de la PCR.
Conseguir una oxigenación y ventilación óptima.
Mantenimiento de una presión de perfusión tisular adecuada.
Prevenir las causas que incrementen la

lesión cerebral.

En el caso de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con elevación de ST, decidir la estrategia de reperfusión coronaria.

Decidir traslado asistido a centro útil.

Los cuidados postresucitación incluyen los cuidados del síndrome postparada cardíaca (SPPC). Este síndrome se puede definir como la entidad clínica producida al aplicar maniobras de resucitación en una parada cardíaca mediante las cuales conseguimos RCE.

El SPPC incluye:

Lesión cerebral postparada cardíaca: principal causa de morbilidad tardía. Puede producirse la exacerbación por un fallo en la microcirculación, deterioro de la autorregulación, hipercapnia, hipo/hiperoxemia, hipotensión, hipo/hiperglucemia y/o convulsión.

Disfunción miocárdica: Causa de la mayoría de las muertes en los primeros momentos (hasta 3 días). Si la causa de la PCR no es cardíaca, la disfunción miocárdica responde bien al tratamiento (2-3 días).

Respuesta sistémica por isquemia/daño por reperfusión: la falta de oxígeno tisular que se produce durante la PCR activa las vías inmunes y disminuye los factores de la coagulación, esto contribuye a que se produzca un fallo multiorgánico y a un aumento del riesgo de infección. Comparte características en común con la sepsis: depleción del volumen intravascular, vasodi-

latación, lesión endotelial y alteración de la microcirculación.

Persistencia de la patología precipitante.

3 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los cuidados que se le dan a los pacientes después de ser reanimados, observarlo, monitorizarlo, etc.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del TCAE. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Resultados

Tras las primeras 24 horas, si el paciente no presenta hipotermia, hipoxia ni hipotensión; y no está bajo los efectos de relajantes musculares ni sedantes, se debería realizar una exploración neurológica completa como predictor de mal pronóstico:

Ausencia de reflejo vestíbulo-ocular.

Presenta mioclonías.

Una puntuación <5 en la escala de coma

de Glasgow 72 horas después de producirse la PCR.

☒ En el caso de que el paciente presente hipotermia, debemos esperar 72 horas para realizar la valoración neurológica. Si la evolución es a muerte cerebral, considerar la donación.

Es necesario recordar que el objetivo terapéutico de la reanimación cardiopulmonar es restaurar precozmente la función cardíaca para así preservar la función cerebral, teniendo como meta última resucitar a un paciente que sea capaz de tener por lo menos las funciones básicas fundamentales, ya que resulta poco alentador sacar al paciente con signos vitales, pero que desde el punto de vista funcional es una carga para la familia, para el grupo médico y para el sistema de salud, lo que probablemente pudo haberse evitado.

Los resultados de la reanimación cardiopulmonar son absolutamente diferentes dependiendo si el paro cardiorrespiratorio (PCR) se origina en el ambiente extrahospitalario o en el intrahospitalario.

Desde el punto de vista del personal no médico, debemos recordar entrenar a la población para que cualquier transeúnte que se encuentre con una situación de emergencia sepa cuándo llamar: si llamar de inmediato o primero reanimar y después llamar, y a quién llamar. Suponiendo que las personas tienen estos conceptos, se ve que la reticencia del público general se debe al riesgo de adquirir enfermedades in-

fecciosas mediante el contacto boca a boca para la ventilación y las posibles implicancias médico-legales de sentirse inculcado por impericia.

6 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del personal no médico, debemos recordar entrenar a la población para que cualquier transeúnte que se encuentre con una situación de emergencia sepa cuándo llamar: si llamar de inmediato o primero reanimar y después llamar, y a quién tenemos que llamar.

Estos cuidados se iniciarán en el momento de la recuperación de circulación espontánea. Prevenir las causas que incrementen la lesión cerebral. Los cuidados postresucitación incluyen los cuidados del síndrome postparada cardíaca. Este síndrome se puede definir como la entidad clínica producida al aplicar maniobras de resucitación en una parada cardíaca mediante las cuales conseguimos RCE.

7 Bibliografía

-GOOGLE ACADEMICO.

Artículo 27

SINDROME DE LESION MEDULAR POR HEMANGIOMA VASCULAR. A PROPOSITO DE UN CASO

RAFAEL VIEGA MENDEZ

ANDREA GOMEZ BORJA

AINHOA MENDI MARTOS

- Introducción:

El síndrome de lesión medular representa una urgencia médica, precisando realizar un diagnóstico diferencial entre distintos tipos de lesiones medulares.

Objetivo: conocer las fases del síndrome de lesión medular (SLM), conocer las lesiones medulares intradurales más frecuentes que pueden producir SLM.

- Material y métodos:

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

- Resultados:

Hemangioma intradural extramedular es una entidad muy rara dentro de los tumores vasculares del sistema nervioso central, pudiendo producir mielopatía progresiva.

- Conclusiones:

El diagnóstico precoz del hemangioma capilar dentro de las lesiones intradurales extramedulares minimiza el riesgo de complicaciones y mejora el pronóstico en pacientes con este tipo de lesión medular.

1 Palabras clave

Síndrome de lesión medular (SLM), hemangioma y lesión medular.

2 Introducción

El síndrome de lesión medular representa una urgencia médica ya que el retraso en el diagnóstico puede producir parálisis, alteraciones de la sensibilidad y de la movilidad, pudiendo llegar a ser irreversibles. Las fases del síndrome de lesión medular son:

- Estadio I o fase radicular: en esta fase inicial se produce irritación localizada de las vías sensitivas medulares (raquídeas o intramedulares), que se manifiesta mediante dolor radicular, hipoestesia, atrofia o fasciculaciones y lesiones óseas. Todos estos síntomas se producen al mismo nivel en el que se ha originado la lesión. El diagnóstico precoz en este estadio minimiza los riesgos del proceso quirúrgico y mejora el pronóstico.
- Estadio II o síndrome transverso incompleto y reversible: la compresión y lesión medular avanza, produciéndose afectación de la fuerza de las extremidades ipsilaterales por debajo de la lesión (síndrome piramidal, paresia espástica, exaltación de los reflejos osteotendinosos profundos, desaparición de los reflejos cutáneos y aparición del signo de Babinski), alteración de la sensibilidad contralateral por debajo del nivel de la lesión (sobre todo al calor

y la temperatura) y alteración de la sensibilidad epicrítica y profunda en el mismo lado de la lesión.

- Estadio III o interrupción irreversible de la conducción a nivel medular o cola de caballo de forma completa o incompleta: las lesiones medulares se clasifican en completas o incompletas según la preservación sacra (presencia de función sensitiva o motora en los segmentos sacros: tacto ligero o dolor en S4-S5, sensación anal profunda o contracción voluntaria del esfínter anal).

Una lesión completa incluye la ausencia de preservación sacra (función sensitiva o motora en los segmentos S4-S5), mientras que una lesión incompleta incluye la presencia de preservación sacra (alguna preservación sensitiva o motora en S4-S5).

La escala ASIA es un instrumento validado para la clasificación de las lesiones medulares en función de la preservación de la función motora y sensitiva, estableciendo cinco grados según la gravedad y el pronóstico de la lesión:

- Grado A: lesión completa. Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
- Grado B: lesión sensitiva incompleta. Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencias de función motora.
- Grado C: lesión motora incompleta.

Preservación de la función motora por debajo del nivel de la lesión y más de la mitad de los músculos clave por debajo del nivel lesional tienen un balance inferior a 3.

- Grado D: lesión motora incompleta. Preservación de la función motora por debajo del nivel de la lesión y más de la mitad de los músculos clave por debajo del nivel lesional tienen un balance de 3 o más.
- Grado E: las funciones motoras y sensitivas son normales (este grado se aplica siempre y cuando el paciente haya presentado algún grado de afectación medular que se ha recuperado).

El diagnóstico de una lesión medular incluye la localización del nivel (en lesiones intramedulares la progresión de los síntomas es hacia abajo mientras que en las extramedulares la progresión es hacia arriba), la topografía de la lesión (extramedulares, intradural extramedular o intradural intramedular), la evolución del cuadro clínico y pruebas de imagen (la radiografía y resonancia magnética son esenciales para el diagnóstico).

Los tumores del canal medular más frecuentes incluyen los neurinomas (30%) y los meningiomas (25%), siendo éste el segundo tumor benigno más frecuente dentro de las lesiones expansivas intradurales extramedulares. El hemangioma capilar es una lesión vascular benigna del endotelio presente en la

piel y mucosas. También puede presentarse a nivel de los cuerpos vertebrales, siendo su localización intradural y extramedular. El hemangioma intradural extramedular es una entidad muy rara dentro de los tumores vasculares del sistema nervioso central, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial con angiomas cavernosos, malformaciones arteriovenosas, meningiomas, neurinomas, linfomas, sarcoidosis, ependimomas y metástasis. Al igual que cualquier otra lesión ocupante de espacio a nivel del canal espinal, el hemangioma puede producir mielopatía progresiva. Por ello, realizar un diagnóstico precoz que permita conocer las características tumorales y llevar a cabo una resección completa del mismo mejora el pronóstico, minimizando las complicaciones y recidivas.

3 Objetivos

- Conocer las fases del síndrome de lesión medular (SLM).
- Conocer las lesiones medulares intradurales más frecuentes que pueden producir SLM.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en distintas bases de datos, revistas científicas y páginas de sociedades científicas. Tras

una lectura crítica, se han seleccionado los artículos científicos más relevantes para el tema a estudio.

5 Caso clínico

Paciente varón de 31 años ingresado en servicio de neurología por trastorno sensitivo en EID, posteriormente en EEI, región perineal y abdomen hasta zona mamaria. Inicialmente marcha con muletas, posteriormente incapacidad para la deambulación, debilidad en ambas EEI. No alteraciones urinarias, ritmo intestinal estreñido. Ni fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física al ingreso: encamado, déficit motor 3/5 a la flexo-extensión de cadera derecha, flexión dorsal pie derecho 2/5, resto sin actividad muscular. Extremidades inferiores balance muscular 1/5 objetivando contracción de cuádriceps sin objetivar movimiento. Reflejos osteotendinosos (ROTs) rotulianos y aquíleos vivos, simétricos, clonus rotuliano bilateral. Babinsky bilateral. Persiste nivel sensitivo D4 con parestesias en abdomen y ambas EEI. Marcha no valorable.

Pruebas complementarias: se realiza RM donde se objetiva lesión intradural extramedular compatible con tumor de origen neural, con signos de compresión medular a nivel D3 en lado izquierdo, sugestivo de schwannoma o meningioma.

Se realiza intervención quirúrgica:

laminectomía D3-D4 con resección tumoral extramedular intracanal y apertura de foramen izquierdo. Se remite muestra a anatomía patológica, obteniéndose el diagnóstico de hemangioma.

Evolución: Tras la intervención, el paciente presenta una evolución clínica favorable, con mejoría del balance motor en ambas EEI. Sensibilidad y esfínteres controlados. Se inicia tratamiento rehabilitador durante el ingreso, siendo dado de alta y continuando con el mismo de forma ambulatoria posteriormente. A los 3 meses de la intervención, el paciente permanece asintomático, con exploración física y neurológica normal.

Valoración neuro-ortopédica a los 3 meses de la intervención:

Buen estado general. Colaborador. Buen equilibrio en sedestación.

Independiente para transferencias. Mantiene bipedestación estable sin apoyo. Apoyo monopodal estable. Tándem con mínima inestabilidad. Camina de talones y punta.

Balance muscular EESS: normal con fuerza prensil en mano derecha de 47kg, mano izquierda 38kg

Balance muscular EEI: aductores 5, glúteos mayor y medio 4+, psoas 4, cuádriceps 5, tibial anterior 5 bilateral, isquiotibiales 4+, tríceps sural 5

Exploración sensitiva: leve hipoestesia por debajo de T7 izquierda y T8 derecha.

Reflejos osteotendinosos (ROT) EESS:

normal.

Reflejos osteotendinosos (ROT) EEII: algo vivos iniciando clonus aquileo bilateral agotable (más acusado en EID).

6 Discusión-Conclusión

El hemangioma es un tumor vascular benigno que puede originarse en los vasos sanguíneos de las raíces nerviosas, en la superficie interna de la duramadre o en la superficie pial de la médula espinal. Su evolución es lenta y progresiva, pudiendo producir mielopatía o radiculopatía progresiva al comportarse como una lesión ocupante de espacio.

La localización más frecuente es la torácica y en un 75 % de los casos puede haber afectación de uno o dos cuerpos vertebrales. Los síntomas más frecuentes en el momento del diagnóstico con el dolor y la debilidad de extremidades. La mayoría de los pacientes presentan mejoría total o parcial de la clínica neurológica tras la intervención quirúrgica.

El diagnóstico diferencial debe incluir lesiones intradurales y extramedulares con apariencia similar en los estudios radiológicos (neurinomas, meningiomas, hemangioblastomas, hemangiomas cavernosos, angioliipomas, paragangliomas, linfomas, sarcoidosis, ependimomas y metástasis). El tratamiento incluye la resección total de la lesión, siendo la recurrencia de este tipo de lesiones muy rara.

Por tanto, aunque el hemangioma espinal es una entidad rara, debería considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones intradurales extramedulares, ya que un diagnóstico precoz minimiza los riesgos y complicaciones y mejora el pronóstico.

7 Bibliografía

1. Rodríguez-Boto G, Rivero-García M, Gutiérrez-González R, Pérez-Zamarrón A, Vaquero J. Angiomas cavernosos epidurales espinales. *Neurología*. 1 de septiembre de 2014;29(7):443-5.
2. Compresión medular - Trastornos neurológicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-de-la-m%C3%A9dula-espinal/compresi%C3%B3n-medular>.
3. Vega Castillo A, Cerdán DM, Eguizábal Chacartegui J, Mendoza Rodríguez A, Rodríguez Sanz M.F., Zamora T, et al. Nuevo caso hemangioma capilar intradural extramedular. *Revista de neurología*. 2018;67(4):155-6.
4. Tema 8. Síndromes medulares. [Internet]. [citado 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-8-sindromes-medulares/7>.
5. Villalonga JF, Cervio A. Tratamiento quirúrgico de las lesiones intradu-

rales extramedulares mediante hemilaminectomía. Surg Neurol Int. 24 de octubre de 2017;8(Suppl 2): S11-7.

Artículo 28

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL (TVC) COMO COMPLICACIÓN DE UNA PERITONITIS PURULENTA

PALOMA EDROSO JARNE

LAURA SÁNCHEZ MONTORI

MARTA OLGA ASIN CORROCHANO

CARLOS MAYORDOMO GARCÍA

IÑIGO ISERN DE VAL

- Introducción:

La trombosis venosa cerebral (TVC) es una entidad poco común pero grave, que representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a la alta variabilidad de presentación y a la falta de un consenso terapéutico claro.

- Objetivo:

Describir un caso clínico sobre una mujer de mediana edad que presenta trombosis venosa cerebral en el posoperatorio inmediato de un abdomen agudo.

- Caso clínico:

Descripción del mismo.

Conclusión:

La TVC es un padecimiento neurológico con múltiples manifestaciones clínicas, cuyo diagnóstico requiere de la destreza del clínico. Los objetivos de su evaluación oportuna incluyen confirmar que se trata de una TVC y definir su mecanismo de patogénesis, así como establecer tempranamente el tratamiento adecuado.

1 Palabras clave

Trombosis venosa cerebral y peritonitis purulenta.

2 Introducción

La trombosis venosa cerebral es un trastorno poco común pero grave. Constituye el 0,5% de todos los eventos vasculares cerebrales a nivel mundial, con una mortalidad del 9,4% y se presenta especialmente en mujeres de 20 a 35 años.

Las manifestaciones clínicas pueden incluir cefalea (87%), crisis convulsivas (26,6%) náuseas y vómitos (2,7%) y déficits neurológicos focales (23,3%).

En el 30% de los casos la TVC se presenta de forma aguda y los síntomas se desarrollan en menos de 48 horas. Hasta el 50% de los casos se presentan en forma subaguda y los síntomas se desarrollan entre 48 horas y 30 días. La forma crónica corresponde al 20% de los casos y los síntomas se desarrollan en un período mayor a 30 días y hasta en 6 meses. Los pacientes en los que la TVC se desarrolla de forma aguda suelen presentar datos de focalización neurológica, mientras que en aquellos en los que el proceso se desarrolla de forma crónica, la elevación aislada de la PIC es la forma más habitual de presentación. Un inicio agudo se presenta con mayor frecuencia en un marco obstétrico o infeccioso; el inicio subagudo o crónico se encuentra con

mayor frecuencia en el contexto de enfermedades inflamatorias y trastornos de la coagulación.

Muchos casos se han relacionado con trombofilias hereditarias o adquiridas, embarazo, puerperio, infección y malignidad.

En el contexto de urgencia, el primer estudio que se realiza es una tomografía (TC) de encéfalo con y sin medio de contraste que nos sirve para excluir muchas de las condiciones que la simulan. Permite además la detección de lesiones parenquimatosas como consecuencia de la misma trombosis o de la ruptura de venas dilatadas. Los infartos venosos pueden sufrir transformación hemorrágica y en ocasiones llegan a presentarse francas hemorragias intracraneales, incluidas las subaracnoideas. En ocasiones se detecta la zona hiperdensa del seno venoso cerebral trombosado, pero hasta en un 30% de los casos la TC resulta normal. Para el diagnóstico de TVC existen signos neurorradiológicos directos e indirectos. Los signos directos se caracterizan por la visualización del trombo en el vaso afectado, mientras que los signos indirectos son consecuencia del daño en el parénquima cerebral originado por la isquemia ante la obstrucción del flujo venoso.

En la actualidad el diagnóstico de TVC se confirma con imagen por Resonancia Magnética (IRM) combinada con venorresonancia. La IRM tiene una sensibilidad más elevada para detectar las

alteraciones del parénquima cerebral, formación de trombos, hemorragias petequiales y flujo sanguíneo.

Hoy en día la angiografía por sustracción digital (ASD) se realiza raramente para el diagnóstico de TVC. Es de utilidad en casos de trombosis de venas corticales en los que los estudios de imagen no invasivos son no concluyentes. Es útil también para descartar la presencia de una fístula dural o en los casos en los que se planea un tratamiento endovascular trombolítico químico o mecánico.

El tratamiento se basa en la terapia antitrombótica aguda con el objetivo de recanalizar el seno o vena ocluida, evitar la propagación del trombo y tratar el estado protrombótico subyacente, con el fin de prevenir la trombosis venosa en otras partes del cuerpo, particularmente el embolismo pulmonar y prevenir además la recurrencia del evento.

1. Anticoagulación temprana.

Se recomienda la anticoagulación con Heparina de bajo peso molecular subcutánea o heparina intravenosa en adultos con trombosis venosa cerebral sintomática sin contraindicación. La hemorragia en la TVC es causada por el mecanismo probable de bloqueo del flujo venoso y una presión intradural e intravenosa muy elevada, que conduce a la ruptura de vénulas y a la transformación hemorrágica de los infartos venosos.

La evidencia sugiere que la HBPM sub-

cutánea es más efectiva que la heparina no fraccionada, y ambas son igual de seguras. Por lo tanto, se prefiere la heparina de bajo peso a menos que el paciente esté clínicamente inestable o se planifiquen intervenciones invasivas como punción lumbar o cirugía, o exista una contraindicación para la heparina de bajo peso como la insuficiencia renal.

2. Tratamiento endovascular.

Se reserva para los casos que desarrollan un empeoramiento progresivo a pesar de una anticoagulación adecuada con HBPM subcutánea o heparina intravenosa. En estos casos, la trombólisis endovascular o la trombectomía mecánica en centros experimentados son dos opciones de tratamiento. Sin embargo, la evidencia limitada disponible no sugiere ningún beneficio.

3 Objetivos

Describir un caso clínico sobre una mujer de mediana edad en relación a un episodio de trombosis venosa cerebral tras un episodio de peritonitis aguda purulenta.

4 Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 51 años, sana, sin factores de riesgo cardiovascular, con único antecedente médico de trastorno de la personalidad sin seguimiento por parte de psiquiatría por negativa de la paciente.

Es llevada a Urgencias por sus familiares por iniciar unas 24 horas antes, dolor abdominal epigástrico intenso junto con náuseas y vómitos. A la exploración presenta signos de irritación peritoneal y alteraciones en el comportamiento y en el lenguaje, que sus familiares refieren que previamente no presentaba.

Se interviene a la paciente de Urgencia de una peritonitis purulenta secundaria a una perforación de píloro. Intervención sin incidencias y que cursa con postoperatorio satisfactorio.

Tras la intervención, la paciente permanece afásica, emitiendo sonidos incomprensibles alternando episodios de gran agitación con otros de somnolencia. Valorada por Psiquiatría, se recomienda descartar organicidad de la sintomatología por lo que se solicita TC cerebral que muestra opacidades a nivel fronto-tempo-parietales izquierdas compatibles con infartos venosos. Se realizó además un estudio Doppler carotídeo donde se objetiva un aumento de la velocidad a nivel del flujo venoso posterior.

La paciente precisa de sedación intensa (Midazolam) para la realización de las pruebas anteriormente nombradas, por lo que tras el diagnóstico, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para control e inicio de tratamiento. Ingresa en UCI somnolienta, desorientada, GSC 13, afásica y con afectación del VII pc derecho.

Dado el antecedente de cirugía abdom-

inal reciente, se inicia anticoagulación con Heparina sódica a dosis bajas (70 mg/12h) aumentando progresivamente durante su estancia en la Unidad. A las 24h de tratamiento, la paciente experimenta mejoría clínica, remitiendo progresivamente la afasia y la afectación del nervio facial (VII). Es dada de alta a la planta de Neurología 72 horas tras su ingreso, con pauta de Heparina sódica en perfusión continua intravenosa de 120 mg/12h y con Glasgow 15.

5 Discusión-Conclusión

La trombosis venosa cerebral es un padecimiento neurológico con múltiples manifestaciones clínicas, cuyo diagnóstico requiere de una alta sospecha diagnóstica sumada a la destreza del clínico.

Los objetivos de su evaluación oportuna incluyen en primer lugar, confirmar que se trata de una trombosis venosa cerebral y posteriormente definir su mecanismo de patogénesis, así como establecer de forma temprana el tratamiento adecuado.

En el caso de nuestra paciente, dado el elevado riesgo de sangrado por la cirugía reciente, se optó por el tratamiento anticoagulante con Heparina sódica en perfusión continua, iniciando la terapia a dosis bajas y aumentando la misma de forma progresiva.

6 Bibliografía

1. Ferro JM, Bousser MG, Canhão P, Coutinho JM, Crassard I, Dentali F, et al. European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - endorsed by the European Academy of Neurology. *Eur J Neurol.* 2017;24:1203.
2. Khatri IA, Wasay M. Septic cerebral venous sinus thrombosis. *J Neurol Sci* 2016; 362: 221-7.

Artículo 29

MENINGOENCEFALITIS AUTOINMUNE SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO

LAURA SÁNCHEZ MONTORI

MARTA OLGA ASIN CORROCHANO

PALOMA EDROSO JARNE

CARLOS MAYORDOMO GARCÍA

IÑIGO ISERN DE VAL

- Introducción:

Los inhibidores de puntos de control inmunitario, son un tipo de fármacos que se utilizan para tratar gran variedad de tumores con una alta tasa de respuesta, pero también se asocian a posibles efectos secundarios que hay que tener en cuenta cuando se prescriben.

- Objetivos:

Dar a conocer una de las posibles complicaciones neurológicas que se desarrollan tras el uso de estos fármacos.

- Caso clínico:

Se expone un caso de una encefalitis inmunomediada secundaria al tratamiento con Nivolumab - Ipilimumab.

- Discusión:

Una amplia gama de síndromes neurológicos, se han asociado al uso de la inmunoterapia con inhibidores de puntos de control frente a algunos tumores. Entre ellos, se destaca: la cefalea, neuropatías sensoriales periféricas, Guillain Barré, Miastenia grave, síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) o la meningoencefalitis aséptica.

1 Palabras clave

Inmunoterapia, Ipilimumab-Nivolumab, melanoma metastásico y meningoencefalitis inmunomediada.

2 Introducción

Entre los denominados agentes inmunoterápicos usados en los últimos años para el tratamiento de diversos tumores, se encuentran los inhibidores de puntos de control inmunitario como el Nivolumab-Ipilimumab. Estos fármacos, producen remisiones duraderas en determinados pacientes, pero se asocian con un gran abanico de efectos secundarios conocidos como irAE: eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario que afectan a los pacientes a diversos niveles: dermatológico, hepático, endocrinológico, gastrointestinal y también pueden producir complicaciones neurológicas graves.

La tasa de neurotoxicidad con el uso de estos fármacos, se estima entre el 1 al 14 por cien de los pacientes. Entre los cuadros descritos se encuentran la cefalea y la neuropatía sensorial periférica como los más frecuentes y como

los más graves se han descrito casos de síndrome de Guillain Barré, miastenia grave, síndrome de encefalopatía posterior reversible, meningitis aséptica, neuropatía entérica, mielitis transversa, pancerebritis o encefalitis autoinmune. Entre los síntomas que se describen en la meningoencefalitis aséptica se encuentran: dolor de cabeza, fiebre, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales o el desarrollo de hipertensión de difícil control.

Dada la gravedad del cuadro clínico, se presenta a continuación un caso clínico para ayudar el resto de clínicos, a familiarizarse con el diagnóstico del cuadro y su inicio precoz de tratamiento.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Resumir las principales características de la meningitis aséptica inmunomediada.

Objetivos secundarios:

- Describir las complicaciones asociadas al uso de estos nuevos fármacos denominados inhibidores de puntos de control inmunitario.
- Conocer las principales opciones terapéuticas disponibles a día de hoy y

hablar del pronóstico de esta afección.

4 Caso clínico

Se trata de una mujer de 61 años sin alergias conocidas. Fumadora. Con antecedentes de HTA y dislipemia. Diagnosticada en 2013 de un melanoma corioideo izquierdo motivo por el cual se le tuvo que hacer una enucleación ocular. En noviembre de 2021 se le diagnostica de enfermedad a distancia por evidencia de metástasis hepáticas en el estudio de control. Se inicia tratamiento inmunoterápico con la combinación de Nivolumab-Ipilimumab completándose hasta la fecha, dos ciclos de tratamiento.

Remitida a Urgencias desde las consultas externas de Oncología por fiebre de 7 días de evolución asociada a vómitos y diarrea. Ingresa en planta de Oncología donde se le inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina tras la extracción de muestras para cultivo.

En planta, mala evolución con episodios de mareo, vómitos, fiebre persistente y fluctuación del nivel de conciencia, alternando episodios de agitación con somnolencia y un discurso incoherente. Se amplía cobertura antibiótica con meropenem. Se hace tomografía axial computarizada (TAC) craneal y toracoabdominal sin datos de complicaciones agudas.

Se hace igualmente RMN cerebral donde tampoco se aprecian complicaciones y se realiza finalmente una pun-

ción lumbar. Se obtiene líquido turbio con 470 leucocitos con predominio linfocitario, glucosa baja de 43 mg/dL y proteínas elevadas 4 gr. Se aumenta la cobertura antibiótica con: vancomicina 1gr/8 h, meropenem 2 gr/8h, voriconazol 400 mg/12 h y aciclovir 750 mg/24h.

En las siguientes 24 h, mala evolución por deterioro de nivel de consciencia, GSC 11 puntos, se comenta el caso con unidad de cuidados intensivos (UCI) decidiéndose ingreso.

A su ingreso, se repite la punción lumbar obteniendo una bioquímica ligeramente mejor que la previa. Filmarray de LCR negativo y resultado de cultivo negativo. Se comenta el caso con Neurología, decidiéndose ante la progresión de la clínica, inicio de tratamiento de Inmunoglobulinas iv a dosis de 0,4 gr/kg/día, durante 5 días, dada la alta sospecha de que se tratase de una meningoencefalitis inmunomediada secundaria al tratamiento inmunoterápico.

En las siguientes horas, deterioro del nivel de consciencia hasta GSC 9 puntos y mioclonías, por lo que se decide intubación e inicio de sedación además de tratamiento con levetiracetam. Tras la sedación, comienza con HTA refractaria a cuatro antihipertensivos. Ante la posibilidad de que se tratase de una hipertensión arterial (HTA) secundaria a HTic se hace un nuevo TAC craneal que descarta edema o complicaciones agudas intracraneales. Se hace Doppler transcraneal con la presencia de flujos

cerebrales normales, precisa bolos de manitol e incluso de pentotal para control de la misma HTA. Se desestima por parte de neurocirugía la posibilidad de colocar sensor de PIC.

Al día siguiente, se hace EEG donde se aprecian grafoelementos agudos generalizados. Se añade tratamiento con fenitoína con control finalmente de la HTA. Se repite de nuevo el EEG a las 24 h, donde ya no hay datos de status epiléptico. Se inicia descenso progresivo de la sedación y se decide tratamiento con bolos de metilprednisolona a dosis de 1 gr durante 3 días con pauta descendente posterior.

Los días siguientes, la paciente comienza a despertar, pero comienza con movimientos tónico-clónicos leves en las extremidades, pero sin pérdida de nivel de consciencia. Se añade tratamiento con lacosamida. Se repite la punción lumbar donde se muestran franca mejoría de los parámetros bioquímicos y se repite igualmente el EEG en el que ya no se describen crisis. Tras comentar el caso con Oncología, se consensúa, inicio de tratamiento con Rituximab 1 gr, con una nueva dosis a los 15 días de la primera.

La evolución posterior es lentamente favorable con polineuropatía del paciente crítico precisando traqueostomía percutánea, ventilación mecánica prolongada y tratamiento rehabilitador.

Tras 27 días de ingreso en UCI, la paciente es dada de alta a la planta de

Oncología con buena situación clínica con completa recuperación clínica, sin secuelas desde el punto de vista neurológico.

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos de nominados inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI), son anticuerpos inmunomoduladores que se utilizan para mejorar el sistema inmunitario y se usan actualmente para el tratamiento de diversas neoplasias, como, por ejemplo, el melanoma metastásico. Se ha descrito con su uso, la mejoría sustancial del pronóstico de los pacientes con enfermedad avanzada.

El uso de estos fármacos, a pesar de los importantes beneficios clínicos que tienen, se asocia a un espectro amplio de eventos adversos relacionado con el sistema inmunitario (irAE) que pueden ser de diversa índole incluyendo eventos inflamatorios dermatológicos, gastrointestinales, hepáticos, endocrinos o neurológicos entre otros. Es de vital importancia conocerlos, ya que aunque es raro, pueden producir toxicidades fulminantes e incluso fatales.

El tratamiento de estos eventos adversos, se trata con glucocorticoides durante 4-6 semanas con pauta descendente posterior, inmunoglobulinas y en ocasiones, precisa asociar algún otro fármaco inmunosupresor como puede ser (rituximab, infliximab o ciclofosfamida).

Existe una amplia gama de complicaciones neurológicas, que se han asociado sobretudo al uso de la combinación de la inmunoterapia con nivolumab más ipilimumab. La bibliografía arroja que la neurotoxicidad en estos casos ocurre en aproximadamente 1-14% de los pacientes.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentra la presencia de fiebre, cefalea y la neuropatía sensorial periférica. Pero se han descrito casos de síndromes de Guillain-Barré, Miastenia grave, síndrome de Pres (síndrome de encefalopatía posterior reversible), meningitis aséptica, mielitis transversa, pancerebritis, encefalitis autoinmune y neuropatía craneales y periféricas.

Los irAE neurológicos se desarrollan dentro de los tres meses posteriores al inicio de la terapia con ICI y la mediana del tiempo hasta la resolución es de aproximadamente un mes, aunque tras la instauración del tratamiento, puede haber mejoría clínica en unos días.

La meningoencefalitis autoinmune relacionada con el uso de inhibidores de punto de control inmunitario cursa con alteración del nivel de consciencia (85%), déficits focales neurológicos (63%), síntomas psiquiátricos (37%), convulsiones (33%), disfunciones autonómicas (33%), alteración de la memoria (28%), ataxia (19%) y discinesia (11%).

En las pruebas de imagen como en la

RMN, puede cursar sin hallazgos en un 56% o con realce leptomeníngeo difuso en un 43,6% de los casos. En el EEG puede haber alteraciones de diversa índole en un 76% de los casos. En la punción lumbar es frecuente encontrar pleocitosis con predominio linfocitario, elevación de proteínas y con cultivo negativo.

6 Bibliografía

1. Nannini S, Koshenkova L, Baloglu S, Chaussemy D, Noel G, Schott R. Immune-related aseptic meningitis and strategies to manage immune checkpoint inhibitor therapy: a systematic review. *Journal of Neuro-oncology* (2022) 157:533-550.
2. Nersesjan V, McWilliam O, Krarup L, Kondziella D. Autoimmune encephalitis related to cancer treatment with immune checkpoint inhibitors: a systematic review. *Neurology* 2012; 97: e191-e202.
3. Bot I, Blank C, Boogerd W, Brandsma D. Neurological immune-related adverse events of ipilimumab. *Practical Neurol* 2013; 13:278-280.
4. Maur M, Tomasello C, Frassoldati A, Vittoria M, Barbieri E. Posterior reversible encephalopathy syndrome during ipilimumab therapy for malignant melanoma. *Journal of Clinical Oncology*, vol 30, No 6 (February 20), 2012.
5. Lerner DM, Stoudemire A, Rosenstein DL. Neuropsychiatric toxicity associated with cytokine therapies. *Psy-*

chosomatic 1999; 40:428.

6. Delattre J, Vega F, Chen Q. Neurologic complications of immunotherapy. In: Neurologic complications of cancer, Wiley RG (Ed), Marcel Dekker, New York 1995. p 267

7. Buzaid AC, Atkins M. Practical guidelines for the management of biochemotherapy related toxicity in melanoma. Clin Cancer Res 2001; 7:2611.

Artículo 30

PÍE DIABÉTICO: ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

NURIA FERNÁNDEZ LEÓN

CRISTINA VELA LUMBRERAS

MARIA ROSA BEASAIN ARANDA

SONIA LÓPEZ JUSUÉ

El profesional de enfermería debe ser el referente y guía en la promoción de hábitos saludables y prevención de complicaciones.

Material y método: revisión bibliográfica de diferentes artículos y guías de referencia.

Resultados: El personal sanitario debe transmitir que el cumplimiento adecuado del tratamiento y seguir hábitos de vida saludables disminuye la probabilidad de complicaciones.

1 Palabras clave

Pie diabético, consulta de enfermería, educación para la salud, prevención y autocuidado.

2 Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es considerada la epidemia del siglo XXI y el pie diabético una de sus complicaciones más frecuentes. La DM2 es una de las enfermedades crónicas más costosas debido a su evolución degenerativa sobre otros órganos si no

se controla; supone una de las principales causas de ceguera, amputaciones, enfermedad renal terminal y un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

Todo ello condiciona a un mayor riesgo de comorbilidad y mortalidad; y como resultado final conlleva un gasto sanitario eludible y disminución de la esperanza de vida (1,2).

Los profesionales de enfermería mediante la educación deberíamos lograr que el paciente fuese capaz de adquirir los recursos necesarios para gestionar la DM2 de forma óptima con su vida, ya que la información y las habilidades prácticas carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran de este modo en las conductas personales. Este abordaje no consiste en la curación, su finalidad es el cuidado, principalmente la gestión en el autocuidado (3).

Para ello, es necesario adoptar las estrategias de abordaje a las necesidades específicas y recursos existentes, mediante el intercambio de información entre el profesional y el paciente, explicando de forma progresiva y adaptándonos a sus conocimientos, con el objetivo de que el paciente asuma la enfermedad, logrando el afrontamiento eficaz de la misma. De éste modo, los afectados podrán tomar conciencia y obtener así el poder de decidir sobre su salud de forma crítica, participando de forma activa en el proceso de su enfermedad.

Es fundamental que las intervenciones

de enfermería se realicen paralelamente con un equipo multidisciplinario para conseguir abordar la situación de una forma holística y eficaz.

3 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es describir los puntos a valorar en el pie diabético en pacientes con diabetes en la Consulta de Enfermería.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos como: Scielo, PubMed, Cuiden; así como Google Scholar y Fistera. Además, se han revisado protocolos de los diferentes servicios de salud autonómicos y sociedades científicas de Diabetes.

5 Resultados

Aproximadamente un 25% de los pacientes con DM2 padecerán problemas en los pies a lo largo de sus vidas. El pie diabético (PD) influye en directamente en la calidad de vida y se define por una situación de hiperglucemia mantenida acompañada de una alteración clínica de origen preferentemente neuropático que normalmente un golpe traumático produce lesión y/o úlcera en el pie. A

esta situación también puede añadirse un proceso isquémico.

En la consulta de enfermería realizar revisiones programadas con regularidad en pacientes de alto riesgo y fomentar hábitos higiénicos, utilización de calzado adecuado y protección de los pies entre otras medidas.

Una programa estructurado que aborde elementos clave en las consultas de paciente crónico con DM2 para la prevención y detección precoz del PD.

El profesional de enfermería debe ser el referente y guía en la promoción de hábitos saludables y prevención de complicaciones.

La anamnesis y la exploración física de forma periódica son herramientas esenciales para poder detectar pie de riesgo o presencia de lesiones.

La exploración física puede dividirse en 5 elementos claves:

1. Control glucémico y tratamiento de comorbilidades.
2. Inspección y exploración periódica del pie de riesgo, donde valoraremos: antecedentes de úlcera y si ha sido formado en cuidados del pie. Importantes tener en cuenta si tiene dolor y si es en reposo o de tipo quemazón u hormigueo. También es importante saber si hay clínica de claudicación intermitente y si hay presencia o no de los pulsos pedios. Realizar el índice Tobillo- Brazo. En cuanto a la piel, observar color, temperatura, hidratación y edema.

Respecto a las uñas, se tiene en cuenta

el corte y quién lo realiza. Preguntar sobre la higiene diaria o cada cuanto se hace la higiene. Acompañada de esta, ¿realiza vigilancia de lesiones?. Por último, preguntar si usa pomada o crema hidratante y si acude al podólogo. Observar si existen deformidades, callos o prominencias óseas.

La valoración neuropática puede evaluarse a través de las siguientes técnicas:

- Monofilamento de Semmes – Weinstein con un monofilamento de 10 gr.
- Percepción de la Vibración con el diapasón de 128 Hz.
- Discriminación, puncionando con una aguja el dorso de la piel sin penetrar.
- La sensación táctil con un algodón en el dorso de la piel.
- Reflejos: El tendón de Aquiles.

3. Tras la exploración física, hay que estratificar en una categoría de riesgo para poder aplicar los cuidados oportunos y necesarios y así evitar posibles complicaciones.

Una de las clasificaciones más conocidas es la escala de Wagner.

4. Formación al paciente y su familia: la información debe ser clara, ordenada y presentada de forma estructurada. El objetivo es empoderar a los pacientes con conocimientos y habilidades para así autogestionar de manera eficaz la DM2 y prevenir complicaciones tanto a corto como largo plazo.

Instruir tanto al paciente como a la familia en los cuidados del pie y en la vigilancia y detección precoz de posibles lesiones.

5. Realizar un control bianual al menos, por profesionales de podología en pacientes de alto riesgo, con callos o deformidades que influyen en la pisada y por ende, en la planta del pie.

mejoras en el control. Todo ello se debe hacer de forma empática con el paciente, sin hacer juicios negativos sobre su conducta, con la finalidad de que el paciente mejore su control de salud(4).

6 Discusión-Conclusión

Desde enfermería debemos motivar al paciente para conseguir un cambio de actitud, para llevar a cabo acciones renovadas en el estilo de vida, siendo así, otra herramienta más de apoyo al paciente. La enfermería se fundamenta en el cuidado de las personas y no solo en el de las enfermedades.

Mediante estas herramientas pretendemos conseguir que el paciente adquiera plena autonomía en el manejo de su enfermedad, con la finalidad de poder alcanzar el bienestar y aumentar la calidad de vida. Para conseguirlo, consideramos que la adherencia al tratamiento es primordial, ya que incluso el mejor tratamiento pierde eficacia si no se corresponde con las recomendaciones acordadas entre el profesional de la salud y el paciente.

El personal sanitario debe transmitir que el cumplimiento adecuado del tratamiento y seguir hábitos de vida saludables disminuye la probabilidad de complicaciones. Ofrecer directrices que faciliten la flexibilidad y adecuación para ayudar a superar las barreras que perciben en el tratamiento y motivar la creencia de que las complicaciones son reducibles con pequeñas

7 Bibliografía

1. Álvarez A. Semiología médica. Fisiopatología, Semiotécnica y Propedéutica. Enseñanza-aprendizaje centrada en la persona. 2a edición. Médica Panamericana.
2. Sculphera M, Gafnib A, Watt I. Shared treatment decision making in a collectively funded health care system: possible conflicts and some potential solutions. Soc Sci Med. 2002;54:1369-77.
3. Peralta Pérez G. Motivación de la persona con diabetes. Habilidades prácticas. :73-7.
4. Tirado RA del C, López JAF, Tirado FJ del C. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Arch Med. 2014;10(1).
5. Diabético G de trabajo internacional sobre el pie. Guía práctica y específica para el tratamiento y la prevención del pie diabético. Vol. 136, Sociedad española de diabetes. 2013. p. 23-42.
6. Martinez Sabater A, Pascual Ruiz MF. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. Gerokomos. 2009;20(2):73-7.
7. Gonzalez Salcedo P. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de Autocuidado. Bogotá (Colombia).

2008;10(2):63-95.

8. E. Tizón Bouzaa, M.N. Dovale Roblesa, M.Y. Fernández Garcíaa, C. Fernández Veigaa, M. López Vilelaa, M. Mouteira Vázquez, S. Penabad Penabada ORM y RVT. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Vol. 34, Atención Primaria. 2004. p. 263-71.

9. Blasco Gil S. Consulta de Enfermería para la valoración de pie diabético. Una oportunidad de mejora. Metas Enfermar 2015; 18(2): 6-12.

Artículo 31

ESÓFAGO DE BARRET: PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

LORENA ARTERO PIÑERO

NOELIA ACEVEDO CARRASCO

- Introducción:

El esófago de Barret es una lesión premaligna que puede desencadenar en un Adenocarcinoma esofágico. La profilaxis del reflujo gastroesofágico puede evitar esta situación clínica. En caso de estar instaurada tomaremos medidas para que no derive a pronósticos peores.

- Objetivos:

Conocimientos de la enfermedad para llevar a cabo una profilaxis o tratamiento adecuado, y de esta forma que no progrese a fases más malignas.

- Metodología:

Revisión bibliográfica.

- Resultados:

Se procede a desarrollar los objetivos de los estudios planteados.

- Conclusiones:

La profilaxis y el diagnóstico precoz será clave para que no desencadene en estadios más graves.

1 Palabras clave

Esófago de Barret, reflujo gastroesofágico, adenocarcinoma esofágico, profilaxis y tratamiento.

2 Introducción

El esófago de Barret es una lesión que recubre el esófago con un riesgo de transformación maligna. Esto es resultado de la persistencia de reflujo gas-

troesofágico el cual lesiona la mucosa y como consecuencia las células escamosas del esófago son reemplazadas por células columnares.

La presencia de esófago de Barret es asintomático, pero estos pacientes pueden presentar síntomas de la enfermedad por reflujo.

Se diagnosticará mediante la sintomatología y a través de una fibroendoscopia digestiva alta con toma de biopsia.

Para no desarrollar el esófago de Barret es primordial la profilaxis. Disminuyendo el reflujo gastroesofágico disminuiríamos la probabilidad de derivar a esta patología. En caso de ya padecerlo, evitaremos su regresión para no acabar en un estadio maligno.

El adenocarcinoma esofágico es una complicación poco frecuente, pero con una alta mortalidad en los estados avanzados.

El riesgo de malignización irá en relación con el riesgo del paciente:

- Paciente de bajo riesgo: incluye aquellos pacientes cuyo epitelio metaplásico sea de tipo fúndido o cordial y presente marcadores tumorales negativos (seguimiento endoscópico-biopsia cada 5 años).
- Paciente de riesgo medio: incluye a aquellos pacientes, fumadores y bebedores importantes, metaplasia con extensión igual o mayor a 5 cm y epitelio metaplásico de intestinal especializado (seguimiento endoscópico- biopsia anual).

- Pacientes de alto riesgo: en este caso hay 2 tipos:

Displasia leve o algunos marcadores tumorales positivos (seguimiento endoscópico-biopsia cada 6 meses).

Displasia severa (seguimiento endoscópico-biopsia inmediata). En este caso se plantea el tratamiento quirúrgico u otras opciones si está contraindicada la cirugía.

3 Objetivos

Obtener conocimientos para poder llevar a cabo una profilaxis adecuada y no desarrollar la enfermedad, o en su defecto tener los conocimientos para llevar a cabo el tratamiento y así poder evitar estadios malignos.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en diferentes artículos científicos y libros sobre el tema.

Las bases de datos utilizadas fueron: Scielo, Sciencedirect, Google académico y manual - libros científicos.

Dicha revisión fue en los meses de octubre y noviembre de 2022.

5 Resultados

El esófago de Barret, como hemos comentado anteriormente, se trata de una lesión premaligna que predispone al adenocarcinoma esofágico, el cual queremos evitar. Para no llegar a esto el mejor tratamiento es la profilaxis: en primer lugar trataremos de forma adecuada la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y en segundo lugar, una vez establecido el esófago de Barret, debemos evitar que evolucione hacia malignidad o en su defecto tratar de detener su progresión.

- Profilaxis primaria (profilaxis del esófago de Barret): lo primordial es un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Mediante esto podremos disminuir la incidencia y la progresión a adenocarcinoma.

El tratamiento médico irá encamina a medidas higiénico-dietéticas y medicación. Dicho tratamiento conservador no debe abandonarse, ya que implicaría la recidiva de la enfermedad.

La cirugía antirreflujo sería el mejor tratamiento, pero esta opción se reservará para los casos en los que el tratamiento médico fracasara o en casos especiales.

- Profilaxis secundaria (tratamiento del esófago de Barret): el tratamiento puede incluir medicación que frene la acidez de estómago, la cirugía, la ablación de la mucosa, o se puede combinar varios de estos procedimientos.

Tratamiento médico: el objetivo principal será lograr el alivio de los síntomas y frenar la extensión de la metaplasia. Esto controlará la clínica pero no causa la regresión completa ni disminuye el riesgo de transformación maligna.

Tratamiento quirúrgico: la técnica más empleada es la Funduplicatura de Nissen. Como todas las técnicas debe reunir una serie de condiciones para poder llevarse a cabo, y además hay que tener en cuenta que hay complicaciones que se pueden derivar de dicha intervención.

Ni el tratamiento médico ni el tratamiento quirúrgico evitan la necesidad de controles posteriores.

Un buen seguimiento endoscópico y toma de biopsias es fundamental para la detección precoz de displasias o cáncer en mucosa metaplásica.

6 Discusión-Conclusión

Lo que está bien claro es que el diagnóstico precoz es primordial, para evitar en lo posible la evolución de la enfermedad a un estadio maligno.

En el caso de pacientes con reflujo gastroesofágico es importante el seguimiento para descartar o diagnosticar de forma precoz el esófago de Barret.

Una vez desarrollada esta condición clínica es importante los controles y seguimientos endoscópicos adecuados, para detectar la posible progresión a adenocarcinoma de esta enfermedad.

Hasta ahora ni el tratamiento médico ni el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico han demostrado la regresión significativa del epitelio metaplásico o que disminuya el riesgo de padecer cáncer de esófago.

7 Bibliografía

1. Patiño JF. Esófago de Barret. Rev Colomb Cir [Internet]. 2002 [citado el 23 de octubre de 2022];17(2):37–65. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1196>.
2. Braghetto Miranda I, Csendes Juhasz A, Puente R. J, Burdiles Pinto P, Korn Bruzzone O. Esófago de Barret. Rev chil cir [Internet]. 1997 [citado el 23 de octubre de 2022];119–29. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-202679>.
3. Csendes J A, Burdiles P P, Smok S G, Rojas C J, Flores M N, Domic P S, et al. Hallazgos clínicos, endoscópicos y magnitud del reflujo de contenido gástrico y duodenal en pacientes con metaplasia intestinal cardial y esófago de Barrett corto, comparados con controles. Rev Med Chil [Internet]. 1999 [citado el 29 de octubre de 2022];127(11):1321–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98871999001100005&script=sci_arttext.
4. Rey Daz-Rubio E, lvarez Snchez, Daz-Rubio M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Medicine [Internet]. 2004[citado 3 de noviembre de 2022];9(1):18–28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021134490470003X>.
5. Vitón-Moreno R, Areces-López A, Mendoza-Collado A. Una mirada actualizada al esófago de Barret. Sld.cu.[Internet]. 2022 [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://gastroavila2021.sld.cu/index.php/gastroavila/2021/paper/viewPDFInterstitial/34/21>.
6. Rollán Rodríguez A. Esófago de Barret. Arsmedica.cl. [Internet]. 1998 [citado el 17 de noviembre de 2022];27(1). Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/1257/1094/>.
7. Inda Vargas V, Torices Escalante E, Domínguez Camacho L, Botello Hernández Z. Comparación entre el diagnóstico endoscópico y el diagnóstico histopatológico del esófago de Barrett en el Hospital Regional 1.º de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, durante el periodo comprendido entre mayo del 2011 y mayo del 2012. Endoscopia [Internet]. 2014[citado el 21 de noviembre de 2022];26(3):83–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989314001584>.

Artículo 32

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PIE DE RIESGO

CRISTINA CAMPOS GARCÍA

- Introducción:

Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de pie diabético y su causa principal (Diabetes Mellitus).

- Objetivos:

Demostrar la importancia del TCAE en el cuidado del pie de riesgo.

- Metodología:

Revisión bibliográfica en páginas web y revistas sanitarias.

- Resultados:

Descripción de las acciones a realizar por el TCAE.

- Conclusiones:

Confirmación de la importancia del TCAE en el cuidado del pie de riesgo.

1 Palabras clave

Pie diabético, pie de riesgo y úlcera.

2 Introducción

La OMS define Pie Diabético como “la presencia de úlceras, infección y/o gangrena en el pie asociada a diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida”.

Este es resultado de la Diabetes Melli-

tus, asociada a la neuropatía diabética, lesiones nerviosas y el déficit de aporte sanguíneo.

No todos los diabéticos desarrollan Pie Diabético. Este aumenta con el desarrollo de la enfermedad.

El pie diabético hace presencia cuando los niveles de glucosa no son los adecuados y es entonces cuando aparecen las úlceras. Un pequeño golpe o herida puede provocar heridas que sean de complicada cicatrización. Las úlceras si no se controlan pueden convertirse en úlceras profundas que pueden desembocar en osteomielitis (infección hueso) o gangrenas.

Síntomas pie diabético:

- Atrofia.
- Úlceras.
- Callos.
- Claudicación intermitente.
- Dolor de pies y piernas.
- Calambres.
- Pesadez de piernas.
- Ausencia pulso.
- Ausencia de sensibilidad.
- Pies fríos.

Es muy importante saber diferenciar Pie Diabético de Pie de riesgo.

El Pie diabético es aquel que ya presenta una lesión o úlcera.

En el Pie de riesgo la lesión no se ha producido aún, pero por causa de la diabetes junto a la combinación de otros factores, pueden aparecer úlceras. Aquí es cuando aparece como papel fundamental los cuidados del TCAE.

3 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del TCAE en la aplicación de los cuidados del pie de riesgo en pacientes diabéticos.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

El papel del TCAE en la prevención de aparición de úlceras en Pies de Riesgo en pacientes ancianos o con movilidad reducida es muy importante, debido a la realización de una serie de protocolos y acciones que se deben de llevar a cabo diariamente que como son:

Inspeccionar diariamente los pies. Si se detecta una rozadura, grieta, mancha, lesión en las uñas o callosidad, no se debe dejar pasar.

Realización de lavado diario de los pies, secándose sin frotar sobre todo en zonas interdigitales, utilizando agua a temperatura inferior a 37 grados.

Evitar que el paciente camine descalzo y favorecer el uso de calcetines de fibras naturales como algodón o lino y evitar el uso de los que dejen circular mal la sangre.

Hidratar la piel para prevenir la sequedad pero sin macerar la piel.

El zapato debe de ser cómodo, ancho, de punta redonda y cerrado con velcro, hebilla o cordones. El tacón tendrá un máximo de 4 cm. En su interior no existirán costuras que puedan rozar y será de un material flexible. Los zapatos mejor comprarlos de tarde, pues los pies se encuentran más hinchados y deben probarse los 2 zapatos.

El TCAE volcará el zapato antes de ponérselo al paciente para evitar piedras u objetos que puedan causar heridas o lesiones.

Las uñas tiene que ser cortadas de forma recta y nunca excesivamente. Se debería usar una lima o un cortauñas. Jamás se podrá utilizar navajas, cuchillos, tijeras para solventar algún tipo de patología en los pies. Preferiblemente y si se puede, el paciente debería de acudir a un podólogo.

El TCAE recordará al paciente con pie diabético la necesidad de llevar una dieta equilibrada, no fumar, no tomar alcohol y se le recomendará realizar algo de ejercicio, porque mejora la circulación sanguínea y eso es muy beneficioso para la curación de las heridas.

6 Discusión-Conclusión

La educación en la prevención de úlceras o en pie de riesgo en la diabetes, evitaría costes médicos, económicos, sociales y psicológicos a los pacientes y familiares.

Educando a los pacientes, fomentando el autocuidado, se evitarían riesgos y complicaciones como serían las amputaciones. Incidir en llevar un control de la glucemia lo más cercano a la normalidad y en el tratamiento precoz ante cualquier herida o lesión.

Por eso la importancia del TCAE en el cuidado del pie de riesgo. Educando a los pacientes diabéticos y a sus familiares sobre los cuidados básicos y necesarios cuando estos viven en sus hogares y también la importancia del TCAE en los cuidaos del pie de riesgo cuando los pacientes están institucionalizados o se encuentran ingresados en un centro hospitalario.

7 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Artículo 33

FLUOROSCOPIA EN EL DIVERTÍCULO DE ZENKER

CARMEN SANROMÁN PONS

OHLANE RUBIO BARRERA

CARMEN CARRERA SAUSÁN

RUTH GARZA PÉREZ

La patología sospechada en el paciente es un divertículo de Zenker, es la variedad más frecuente de divertículo esofágico. Esta localizado en la unión faringoesofágica. Los divertículos son formaciones de bolsas en la pared interior de algún órgano.

El objetivo será observar el protocolo de realización de la prueba de fluoroscopia en esta patología.

La metodología utilizada en este artículo se ha realizado a través de una búsqueda en internet en diferentes páginas web y en publicaciones académicas revisadas.

La radiología especial utiliza el fluoroscopio a través de esofagograma, el cual nos permite ver imágenes a tiempo real. Elegimos esta técnica antes que la esofagografía, por la ventaja que nos da al poder ver todo el proceso en tiempo real y así descartar otras posibles patologías.

1 Palabras clave

Divertículo, fluoroscopia, patología, esofagografía, disfagia, broncoaspiración y neumonía.

2 Introducción

El divertículo de Zenker, es la variedad más frecuente de divertículo esofágico. Está localizado en la unión faringoesofágica.

Los divertículos son formaciones de

bolsas en la pared interior de algún órgano.

Los divertículos de Zenker pueden causar halitosis, regurgitación de alimento no digerido, disfagia orofaríngea e incluso una obstrucción completa por compresión.

Como complicaciones puede provocar broncoaspiración, formación de fistulas entre el divertículo y la tráquea, hemorragia intradiverticular y más raro, un carcinoma epidermoide dentro del divertículo.

Evidentemente esto disminuye la calidad de vida del paciente debido a que le impide alimentarse adecuadamente además de distintos síntomas de regurgitación, tos crónica, pérdida de peso y otras complicaciones de las cuales la más grave es la broncoaspiración recurrente, la cual produce neumonías de forma repetida y a su vez produce una alta tasa de morbilidad.

El divertículo de Zenker se considera un trastorno poco frecuente aunque su incidencia es difícil de determinar debido a las diferencias en la gravedad de los síntomas, pero es más frecuente en hombres entre la séptima y octava décadas de la vida. La disfagia es el síntoma principal y se conocen dos posibles causas: La apertura incompleta del esfínter esofágico superior y compresión extrínseca del esófago cervical por el propio divertículo. Los signos de alarma como el dolor local y la hemoptisis o hematemesis pueden indicar ulceración o carcinoma de célu-

las escamosas dentro del divertículo de Zenker.

La preparación previa en este caso es que el paciente esté en ayunas, no haya masticado chicle ni fumado 8 horas antes de la prueba con la posible excepción de ingerir agua para la toma de medicación.

El examen se realiza colocando al paciente en posición oblicua anterior derecha, (ya que suele ser la más común en este estudio, pero podemos pedirle que se coloque en otras posiciones si es necesario) y se le pedirá que vaya ingiriendo la papilla de bario.

Advertiremos al paciente de que después de haber realizado radiografías contrastadas del sistema digestivo, las heces pueden ser grises o blancas durante los dos o tres días posteriores. En algunos casos, puede aparecer un estreñimiento leve. El bario permanece en el organismo entre dos y siete días se elimina por defecación, es algo que hay que tener en cuenta si van a realizarse otras pruebas, ya que habrá que esperar ese periodo de tiempo.

Se elige la técnica de la radiología especial utilizando el fluoroscopio a través de esofagograma, el cual nos permite ver imágenes en tiempo real. Elegimos esta técnica antes que la esofagografía, por la ventaja que nos da al poder ver todo el proceso en tiempo real y así descartar otras posibles patologías.

Como medio de contraste se utiliza el Sulfato de Bario por su viscosidad para adherirse a las mucosas y por ser la

elección por defecto en los estudios que requieren una imagen contrastada.

3 Objetivos

Describir en tiempo real todo el estudio a través de la técnica de radiología especial del fluoroscopio utilizando el Sulfato de Bario como medio de contraste.

4 Caso clínico

El paciente es un hombre de 83 años de edad anteriormente sano, acude a consulta porque hace un par de años aproximadamente comenzó con trastornos de deglución de los alimentos con problemas de deglución, tos y mal aliento, de ahí el motivo de la exploración, además de repetidas crisis de broncoaspiración.

Se le realiza una radiografía de tórax donde todo se ve normal y en los análisis también aparece todo correcto.

La radiografía de la zona de la faringe muestra un posible divertículo.

Se le realiza una fluoroscopia y el hallazgo es el divertículo de Zenker, tal y como se sospechaba. Se observa en la faringe la creación de una bolsa. Lo cual impide el correcto funcionamiento de deglución y crea reflujo. No se observan otras patologías.

La cirugía es la forma más efectiva para resolver este problema, se precisa de una actuación que elimine el divertículo para paliar su sintomatología.

La cirugía más habitual para esta patología consistía en un corte en la zona del cuello para poder acceder y suturar esta cavidad, lo que supone un mayor riesgo de infecciones y complicaciones para el paciente, así como varios días de hospitalización.

De esta forma se le realiza una extirpación del divertículo por vía cervical abierta con una incisión en el lateral de cuello, la cirugía es efectiva y sin complicaciones ni infecciones, el paciente fue dado de alta al cuarto día de ser operado.

El paciente verá mejorada su sintomatología, que es el principal objetivo.

El mayor problema de los divertículos de Zenker es que a pesar de ser operados vuelven a aparecer, por tanto, se realizarán estudios radiológicos para comprobar la disminución o desaparición del divertículo.

También debe seguir unas recomendaciones dietéticas el primer mes y, posteriormente, realizar un estudio con contraste oral y otro endoscópico en los meses siguientes para validar de forma global la eficacia de la intervención terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

El divertículo de Zenker generalmente se da sobre los 80 años y en pocas ocasiones antes de los 40 años de edad. Su aparición está relacionada con el envejecimiento, ocurre sobre todo en los hombres.

Los síntomas pueden estar presentes durante semanas o años antes de que se realice el diagnóstico, aunque se ha atribuido una gran cantidad de síntomas, el 85 % de los pacientes se quejan de disfagia, además de que esta suele ir acompañada de otros síntomas como regurgitación, halitosis, tos persistente, odinofagia, carraspeo, y neumonía aspirativa.

El método diagnóstico más utilizado suele ser el esofagograma con trago de bario con proyección lateral y visión de área hipofaríngea, el cual permite confirmar el diagnóstico de divertículo de Zenker. Sin embargo, si es posible es mejor la fluoroscopia continua dinámica debido a que las imágenes estáticas pueden ser insuficientes en pacientes con divertículos pequeños, además, permite evaluar la presencia de regurgitación y aspiración, y la diferenciación del divertículo de Killian-Jamieson (ya que aún no está claro si la eficacia y la seguridad del tratamiento endoscópico en estos pacientes son iguales a las del divertículo de Zenker).

Es de gran importancia para quienes realizan estos procedimientos tener un alto grado de sospecha de divertículo de Zenker en pacientes adultos mayores que consultan por disfagia, debido a un riesgo elevado de perforación durante el examen.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Artículo 34

POLINEUROPATÍA POR CISPLATINO, A PROPÓSITO DE UN CASO

SILVIA MANISCALCO MARTÍN

EVA MARÍA AMADOR GIL

- Introducción:

Debemos conocer el efecto secundario de los quimioterápicos en el sistema nervioso periférico y el valor que las pruebas electrodiagnósticas pueden brindarnos para el manejo de los pacientes oncológicos.

- Objetivos:

Describir la polineuropatía por cisplatino y la metodología para su adecuado diagnóstico

- Resultados:

Se presenta el caso de un paciente afecto de polineuropatía por cisplatino y el valor del electroneurograma para su diagnóstico y seguimiento.

- Conclusiones:

El estudio electrodiagnóstico tiene un papel fundamental para el diagnóstico de la polineuropatía por cisplatino, ayudando junto con la clínica y exploración neurológica a establecer un patrón de afectación, y pudiendo ser una valoración objetiva que permita evaluar su progresión temporal.

1 Palabras clave

Polineuropatía, polineuropatía por cisplatino, electrodiagnóstico, electroneurograma y quimioterapia.

2 Introducción

Una polineuropatía (PNP) es una afectación difusa de los nervios periféricos que no está limitada a la distribución de un único nervio o miembro. Las PNP tienen una etiología di-

versa, hereditarias o adquiridas, y con una prevalencia en la población general de aproximadamente un 4%. Pueden provocar distintos tipos de afectación según las fibras nerviosas afectas (motoras, sensitivas, autonómicas).

El estudio electrodiagnóstico es de gran importancia, ya que permite una valoración objetiva complementando la historia y exploración clínica. Los estudios de conducción nerviosa o electroneurografía (ENG) permiten valorar las fibras motoras y sensitivas de grueso y mediano calibre pero no permite valorar las fibras amielínicas ni las mielínicas finas. De esta manera podemos valorar distintos aspectos que ayudan a una mejor definición de la PNP, tales como la distribución simétrica o asimétrica, afectación axonal o desmielinizante, etc.

En concreto, neuropatía periférica inducida por quimioterapia es una de las reacciones adversas más comunes asociadas a distintos fármacos de este tipo, siendo la complicación neurológica más frecuente del tratamiento del cáncer. Entre ellas se encuentran los agentes alquilantes (cisplatino, oxaliplatino). La PNP inducida por quimioterapia suele ser de tipo sensorial, aunque pueden asociar componente motor y autonómico. Hace más de 30 años del primer caso descrito de neuropatía sensitiva secundaria a cisplatino, ya que es uno de los fármacos quimioterápicos con mayor prevalencia de este trastorno.

El sistema nervioso periférico es vulnerable, entre otros, a los agentes alquilantes y en especial tiene predominio de la afectación sensitiva. No es bien conocido el mecanismo fisiopatológico implicado directamente en la PNP inducida por quimioterapia pero la ausencia de barrera hematoencefálica en el ganglio raquídeo posterior y la mayor permeabilidad del vasa nervorum respecto a la circulación hematoencefálica podrían ser factores predisponentes. Asimismo, existen distintos factores de riesgo implicados en el desarrollo de la PNP inducida por quimioterapia de los cuales los más importantes son la dosis y duración del tratamiento.

La PNP inducida por quimioterapia aparece durante el tratamiento o, habitualmente, hacia el final del tratamiento. Los síntomas referidos por los pacientes suelen ser parestesias, disestesias, alodinia e hiperalgesia, aunque el signo clínico más precoz suele ser la disminución de la sensibilidad vibratoria y la arreflexia aquilea.

A pesar de que el diagnóstico es clínico mediante la anamnesis y exploración neurológica, el papel de los estudios electrodiagnósticos es fundamental para el diagnóstico y seguimiento del paciente. El estudio ENG tiene un papel imprescindible para conocer la naturaleza axonal o desmielinizante, y para establecer la extensión del daño, permitiendo una cuantificación objetiva especialmente útil para

el seguimiento del paciente.

La evolución clínica de la PNP inducida por quimioterápicos suele ser favorable tras la suspensión del tratamiento. Sin embargo, no es siempre reversible e incluso hay autores que hablan de una adaptación a los síntomas, más que una mejoría de la neuropatía. El tratamiento debe basarse en la prevención mediante el ajuste de dosis y neuroprotección (agentes quelantes, gluconato cálcico y sulfato de magnesio) y, por otro lado, el alivio sintomático (venlafaxina, topiramato, pregabalina).

3 Objetivos

- Describir la polineuropatía por cisplatino y la metodología para su adecuado diagnóstico.
- Destacar la importancia del estudio electrodiagnóstico para el diagnóstico y seguimiento de esta patología.

4 Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 31 años que, a raíz de autopalpación de un nódulo en testículo izquierdo, acude al Servicio de Urología donde solicitan estudio ecográfico que muestra un tumor testicular izquierdo. Es tratado con orquiectomía radical izquierda con anatomía patológica compatible con carcinoma embrionario (tumor germinal mixto). En el estudio de

extensión mediante tomografía computarizada se observan adenopatías paraaórticas izquierdas por lo que se deriva al servicio de Oncología para tratamiento quimioterápico. Se administra tratamiento con BEP (bleomicina, fosfato de etopósido y cisplatino). Durante el último ciclo de quimioterapia el paciente comienza con trastorno sensitivo en los miembros superiores. Tras unas pocas semanas el paciente refiere empeoramiento significativo de las parestesias y disestesias, presentándolas en los cuatro miembros pero de forma más intensa en miembros superiores.

Se decide realizar un estudio electroneurográfico valorando la conducción nerviosa motora y sensitiva de las cuatro extremidades. Se valoraron los siguientes nervios en miembros superiores: nervio Mediano motor y sensitivo bilateral, nervio Cubital motor y sensitivo bilateral, nervio Radial Superficial sensitivo izquierdo; y en miembros inferiores: nervio Peroneal bilateral, nervio Tibial Posterior izquierdo, nervio Sural bilateral y nervio Peroneo Superficial bilateral. Las conducciones motoras estaban dentro de límites de la normalidad, observando una ausencia de respuesta del nervio Mediano sensitivo bilateral y una disminución significativa de la amplitud y discreta disminución de la velocidad de conducción en todos los territorios explorados salvo en el Radial Superficial izquierdo. Este estudio puso en evi-

dencia la polineuropatía, estableciendo un diagnóstico de polineuropatía sensitiva axonal de predominio en miembros superiores. De esta manera podemos brindar al paciente la posibilidad de un estudio basal para valorar la progresión electroneurográfica durante su seguimiento clínico.

5 Discusión-Conclusión

La polineuropatía inducida por quimioterapia es la principal complicación neurológica del tratamiento quimioterápico, ocurriendo hasta en un tercio de los pacientes. Por su incidencia, dificultad diagnóstica y de manejo es un cuadro clínico importante en el paciente oncológico. La neurotoxicidad del sistema nervioso periférico por cisplatino es frecuente y suele manifestarse en forma de parestesias de inicio distal que pueden ir progresando proximalmente si continúa el tratamiento, asimismo puede afectar a la sensibilidad vibratoria y disminuir los reflejos osteotendinosos. El estudio electrodiagnóstico es clave ya que permite una clasificación de la polineuropatía y una cuantificación objetiva. El estudio electroneurográfico nos permite establecer una escala de severidad y, a su vez, poder llevar a cabo un control objetivo durante el transcurso del tiempo. El tratamiento es la suspensión del fármaco, siendo fundamental la prevención. La PNP suele mejorar con el tiempo; sin embargo, algunos pacientes

sufren un empeoramiento clínico en los 2-6 meses tras el tratamiento.

6 Bibliografía

1. G. Kannarkat, E.E. Lasher, D. Schiff. Neurologic complications of chemotherapy agents. *Curr Opin Neurol*, 20 (2007), pp. 719-725.
2. A.A. Argyriou, P. Polychronopoulos, G. Iconomou, E. Chroni, H.P. Kalofoinos. A review on oxaliplatin-induced peripheral nerve damage. *Cancer Treat Rev*, 34 (2008), pp. 368-377.
3. B. Malik, M. Stillman. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Curr Pain Headache Rep*, 12 (2008), pp. 165-174.
4. G. Cavaletti, L. Marzorati, G. Bogliun, N. Colombo, M. Marzola, M.R. Pittelli, et al. Cisplatin-induced peripheral neurotoxicity is dependent on total-dose intensity and single-dose intensity. *Cancer*, 69 (1992), pp. 203-207.
5. Martínez JW, Sánchez-Naranjo JC, Londoño-De los Ríos PA, Isaza-Mejía CA, Sosa-Urrea JD, Martínez-Muñoz MA, López-Osorio JJ, Marín-Medina DS, Machado M, Machado-Alba JE. Prevalencia de neuropatía periférica asociada a quimioterapia en cuatro centros oncológicos de Colombia. *Rev Neurol* 2019;69 (03):94-98.
6. Grothey A. Oxaliplatin-safety profile: neurotoxicity. *Semin Oncol*. 2003 Aug; 30 (4 Suppl 15): 5-13.

Artículo 35

CASO CLÍNICO: NEUROPATÍA DEL NERVIIO CUBITAL A NIVEL DE LA MUÑECA

EVA MARÍA AMADOR GIL

SILVIA MANISCALCO MARTÍN

Introducción: Dentro del espectro de las neuropatías compresivas, la neuropatía del nervio cubital presenta dos localizaciones de atrapamiento frecuentes. **Objetivos:** describir el protocolo diagnóstico de la neuropatía cubital, haciendo uso de la electroneuromiografía. **Metodología:** se expone un caso clínico con diagnóstico de neuropatía cubital a nivel de la muñeca. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos. **Discusión/Conclusión:** Las lesiones del nervio cubital son frecuentes y, a menudo, complejas de diagnosticar. Conocer los hallazgos neurofisiológicos esperables en cada localización y las técnicas adicionales que se puede realizar para establecer su diagnóstico supone una ventaja a la hora de instaurar un tratamiento adecuado.

1 Palabras clave

Neuropatía cubital, Canal de Guyón, Electroneurografía y Electromiografía.

ropatía compresiva con mayor prevalencia e incidencia es la del nervio mediano, a nivel del túnel del carpo. La segunda en frecuencia, la cual es a su vez muy prevalente, es la neuropatía del nervio cubital, en primer lugar en codo y en segundo lugar en muñeca.

2 Introducción

Una de las principales indicaciones del estudio electroneuromiográfico de extremidades superiores es la neuropatía focal en diversas localizaciones. La neu-

El cuadro clínico por el que consultan los pacientes que padecen de una neuropatía focal en miembros superiores, consiste principalmente en debil-

idad e hipoestesia en el territorio inervado por el nervio periférico que presente la lesión, asociado o no a dolor.

La neuropatía del nervio cubital, en o proximal al canal de Guyón en la muñeca, puede aparecer en pacientes que hayan experimentado un apoyo repetitivo sobre las estructuras de la muñeca, como por ejemplo ciclistas o portadores de muletas o andadores.

A la hora de realizar el diagnóstico de dicha patología, será de crucial importancia la historia clínica (en la que deben constar tipo de trabajo y actividades que realiza el paciente en su tiempo libre), la exploración física (balance muscular, dermatomas sensitivos, maniobras que provocan dolor y/o parestesias y reflejos osteotendinosos) y una serie de pruebas, entre las que destacan los tests neurofisiológicos.

3 Objetivos

Describir, tomando como referencia un caso clínico, el abordaje neurofisiológico óptimo ante una sospecha de lesión del nervio cubital.

Poner de manifiesto la importancia de la aplicación de la electroneurografía y electromiografía de aguja, no solo para confirmar la lesión, sino también para descartar otros procesos que pudieran simular una neuropatía aislada.

4 Metodología

En este trabajo se presenta un caso clínico con diagnóstico de Neuropatía axonal sensitivo-motora del nervio cubital a nivel de la muñeca. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

5 Caso clínico

Paciente varón de 67 años, jubilado y aficionado al ciclismo. Acude al servicio de Neurofisiología Clínica remitido por debilidad en la mano izquierda de tres meses de evolución. A la exploración física se observa debilidad para la aproximación de los dedos de la mano y para la realización de la pinza y una ligera alteración sensitiva en el quinto dedo de la mano izquierda. Los reflejos osteotendinosos son normales.

Ante estos datos clínicos, se decide realización de los siguientes estudios neurofisiológicos:

- Conducción sensitiva: Se observa una amplitud marcadamente disminuida en el segmento 5º dedo-muñeca izquierdo (Nervio cubital izquierdo). Tabla 1.
- Conducción motora: Se observa una amplitud motora marcadamente disminuida en nervio cubital izquierdo, con registro en músculo abductor del quinto dedo y estímulo en muñeca, bajo codo y sobre codo. Tabla 2.

El estudio inicial mostró una afectación periférica de nervio cubital. Dado que no se objetivó una desmielinización inequívoca en el codo, se extendió el estudio para precisar la localización de la afectación, realizándose la conducción sensitiva del nervio cubital dorsal y efectuándose un estudio de electromiografía (EMG) con aguja en musculatura dependiente de nervio cubital. Tablas 3 y 4.

Se observa una alteración en musculatura distal dependiente de nervio cubital y los valores de los potenciales sensitivos de la rama cubital dorsal fueron simétricos. Dado que la rama cubital dorsal emerge del tronco cubital habitualmente en el tercio distal del antebrazo, estos hallazgos orientan en principio a una afectación distal del nervio cubital (a nivel del canal de Guyón). No obstante, como se ha descrito que esta rama puede excepcionalmente emerger más proximal, es necesario comprobar mediante estudio EMG de aguja los músculos más proximales inervados por el nervio cubital. Tabla 5.

A nivel proximal no se observan anomalías significativas. Por último, se debe descartar una afectación plexular/radicular. Para este fin realizaremos electromiografía de aguja en un músculo dependiente de otro nervio periférico distinto al nervio cubital, pero perteneciente a la misma raíz nerviosa C8/T1. Por lo que se explora el músculo Abductor corto del pulgar izquierdo (in-

ervado por el nervio mediano). Tabla 6. Ante la normalidad de los resultados en el músculo Abductor corto del pulgar izquierdo, se confirma el diagnóstico de: Neuropatía axonal sensitivo-motora del nervio cubital izquierdo, de localización distal (en o proximal al canal de Guyón) y de intensidad moderada-severa.

Al paciente se le sometió a tratamiento quirúrgico, liberando al nervio cubital a su paso por la estructura anatómica correspondiente al canal de Guyón. Tras unos meses de rehabilitación, su evolución fue favorable. Próximamente se realizará control electromiográfico para evidenciar si la mejoría clínica se corresponde con una mejoría neurofisiológica.

Tabla 1		Nervio Cubital		Velocidad		Amplitud	
				m/s		pV	
Cubital D (Dedo V-Mediana)				32		24	
Cubital I (Dedo V-Mediana)				30		22	
Mediana D (Dedo I-Mediana)				47		16,6	
Mediana I (Dedo I-Mediana)				49,3		17	

Tabla 2		Nervio Cubital		Latencia		Amplitud		Distancia		Velocidad		Área	
				ms		mV		mm		m/s		%	
D Cubital-ABD Díg													
Músculo				2,70		17						100	
Codo inferior				7,30		16		275		55,0		99	
Codo superior				9		16		100		37,8		96	
I Cubital- ABD Díg													
Músculo				2,75		3,7						100	
Codo inferior				7,30		3,4		275		55,0		99	
Codo superior				9,1		3,3		100		51,1		96	
I Mediano - APB													
Músculo				2,65		17						100	
Codo				7,20		16		275		55,0		99	
I Mediano - APB													
Codo				7,35		16,5		275		55,0		99	

Tabla 3		Nervio Cubital		Velocidad		Amplitud	
				m/s		pV	
Cubital Dorsal D				33,2		19,8	
Cubital Dorsal I				30,5		11,4	

Tabla 4		Músculos		Actividad		FUMs amplitud		FUMs duración		FUMs fase		Máx. esfuerzos	
				electrica		N		+		++		Aumentado	
Primer intereseo				N		N		+		++		Aumentado	
Abductor digiti				++		N		+		++		Aumentado	
minimo izquierdo													

Tabla 5		Músculos		Actividad		FUMs amplitud		FUMs duración		FUMs fase		Máx. esfuerzos	
				electrica		N		N		N		N	
Flexor del carpo				N		N		N		N		N	
ulnaris I													
Flexor profundo				N		N		N		N		N	
de los dedos I													

6 Discusión-Conclusión

Las lesiones de nervio cubital son frecuentes y, a menudo, complejas de diagnosticar. Conocer los hallazgos esperables en cada localización y las técnicas

adicionales que se puede realizar para establecer su diagnóstico supone una ventaja a la hora de su abordaje. En concreto, la neuropatía del nervio cubital en la muñeca no es la más frecuente, lo cual pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un detallado diagnóstico diferencial en los casos en los que un paciente presenta debilidad y atrofia en musculatura distal de la extremidad superior. Por este motivo, las técnicas neurofisiológicas de electroneurografía y electromiografía con aguja son una innegable herramienta diagnóstica, ya que no solo confirmarán la sospecha clínica, sino que además ayudarán a precisar la localización de la lesión, realizar un diagnóstico diferencial y determinar la gravedad de la patología.

[nih.gov/34602221/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34602221/).

7 Bibliografía

1. Iriarte y Artieda. Electromiografía. Manual de Neurofisiología Clínica. Navarra. Editorial Panamericana; 2012. Páginas 93-113.
2. David C. Presto y Barbara E. Saphiro. Neuropatía cubital en el codo y Neuropatía cubital en la muñeca. Electromiografía y trastornos neuromusculares. Barcelona. Editorial Elsevier; 2021. Páginas 372-416.
3. Hayat G, Calvin JS. Electrodiagnostic assessment of uncommon mononeuropathies. Neurol Clin [Internet]. 2021 [citado el 10 de julio de 2022];39(4):957-81. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34602221/>.

Artículo 36

EL ESOFAGOGRAMA PARA LA DETECCION DE ANOMALIAS EN EL ESÓFAGO

NOELIA IGLESIAS

1. Introducción: se explicará que es y en que consiste el esofagograma.
2. Objetivos: enfermedades o patologías que podemos ver y analizar con esta prueba.
3. Metodología: páginas web o recursos que hemos utilizado para buscar la información.
4. Resultados: nos mostrarán la importancia que tiene esta prueba para la detección de anomalías y su eficacia y uso actual en la población.
5. Conclusiones: Resumen de los resultados de una manera clara y sencilla.

1 Palabras clave

Esofagograma, rayos x, esófago, estómago, fluoroscopia y bario.

2 Introducción

El esofagograma, también denominado trago de bario, es una prueba de diagnóstico por imagen en la que se analiza la parte superior del tubo digestivo (boca, garganta, esófago, estómago y primera parte del intestino delgado). La prueba se realiza con un tipo de

rayos x llamado fluoroscopia, la cual nos permite ver los órganos internos moviéndose en tiempo real. Para ello, el paciente ingerirá un contraste opaco a los rayos x llamado bario, en forma de líquido o papilla, el cual nos permitirá ver de manera mucho mas clara las paredes internas del esófago y otros órganos internos en las radiografías realizadas.

Las radiografías se toman con el paciente en distintas posiciones (de pie o tumbado sobre la mesa), tomando largos tragos y en ocasiones aguantando

la respiración.

Es una prueba no invasiva, ya que el sistema digestivo no absorbe el bario, evitando así reacciones alérgicas. Además, esta prueba no deja radiación en el cuerpo.

Los pacientes no deberán comer ni beber nada aproximadamente en 6 horas anteriores a la prueba, para anticipar que se vean con mucha mas claridad las imágenes.

Es una prueba rápida, económica y eficaz, aunque podemos encontrar algún inconveniente, ya que proporciona pocos detalles anatómicos.

3 Objetivos

- Conocer las patologías que se pueden producir en el esófago y sus alrededores.
- Mostrar la utilidad y eficacia de la prueba para la detección de patologías.

4 Metodología

Para la creación y elaboración de este artículo, he recurrido a artículos publicados en las bases de las siguientes páginas web : gemasl.com, medlineplus, corachan.com, radiologyinfo.com, asenbar, cancer.gov, redalyc.org, alemana.cl, slideshare, elsevier.es, scielo.isciii.es, semergen.es, youtube, revistas uach.cl, gastes.com, saludcastil-layleon.com, thancguide, elsevier.

5 Resultados

Las enfermedades esofágicas pueden ser causadas por alteraciones funcionales y estructurales, y su estudio puede ser complejo, dado que ningún examen muestra al 100% información y evaluación completas del órgano.

En esta prueba se evalúa la columna del medio de contraste, el vaciamiento esofágico, la integridad de las estructuras anatómicas, y la capacidad y velocidad de deglución.

El esofagograma nos permite ver o analizar lo siguiente:

- Disfagias: dificultad para tragar
- Reflujo gastro-esofágico: afección que se produce por un desequilibrio entre los factores agresores y protectores del organismo.
- Vólvulo gástrico: rotación anormal del estómago sobre sí mismo.
- Patologías tumorales: los hay benignos y malignos, para ambos tipos esta prueba es recomendada y eficaz en un 95%
- Síndrome de Barrett: cambio anormal de las células de la porción terminal del esófago.
- Hernia de hiato: protusión del estómago a través del hiato esofágico al tórax.
- Pólipos o divertículos en la estructura del tubo digestivo: se presentan junto a disfagia y regurgitación. El divertículo de Zenker es el mas conocido y común.
- Acalasias: enfermedad en la que el esófago está inhabilitado para llevar el al-

imiento hacia el estómago.

- Evaluación de procedimientos quirúrgicos: el esofagograma es de gran utilidad para evaluar el éxito de una operación quirúrgica y también los problemas derivados de ella, como las estenosis de las anastomosis y las fugas anastomóticas.

Hay 2 tipos de esofagograma, dependiendo del contraste:

1. El que utiliza un contraste único, mas espeso para evaluar las mucosas.
2. El que utiliza doble contraste, de alta densidad pero que fluye libremente.

Aunque como ya hemos dicho, esta prueba nos da pocos detalles anatómicos, y en caso de localizar o sospechar de algunas de estas anomalías dichas anteriormente, sería necesario complementar la evaluación con mas pruebas diagnósticas, como por ejemplo es muy frecuente la esofagoscopia.



6 Discusión-Conclusión

A raíz de lo explicado a lo largo del artículo, el esofagograma, aunque es una prueba cada vez más en desuso actualmente, es muy importante y eficaz a la hora de analizar y descubrir muchas patologías del tracto digestivo y del esófago y su estructura.

Gracias a esta prueba, se pueden anticipar soluciones médicas a las enfermedades que se hayan detectado, y también a su vez es de ayuda para comprobar la eficacia de operaciones o tratamientos ya realizados y verificar su funcionalidad.

Es una prueba a su vez económica, rápida, eficaz, y no invasiva para el paciente, lo que hace que tenga numerosas ventajas respecto a otras pruebas.

Como también se ha dicho anteriormente, aunque sea una prueba eficaz, cuando se descubren anomalías importantes siempre es mejor apoyarse y complementarse con otras pruebas diagnósticas, para hacer una evaluación completa.

7 Bibliografía

1. Arevalo, E. A. (s/f). Esofagograma. Slideshare.net. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://es.slideshare.net/eliaskiller/esofagograma>.
2. Asenbar, P. (2022, marzo 5). Esofagograma. Asociación de enfermos de

- esófago de Barrett - Esófago de Barrett | Asenbar; Asenbar. <https://www.asenbar.com/noticias/esofagograma/>.
3. Diccionario de cáncer del NCI. (2011, febrero 2). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/esofagograma>.
 4. Esofagograma. (s/f). Clínica Corachan. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de https://www.corachan.com/es/esofagograma_15135.
 5. Esofagograma ▶ Conceptos básicos sobre el cáncer ▶ Guía del THANC. (2020, enero 6). Guía THANC ▶ Conocimiento. Esperanza. Apoyo; La guía de THANC. <https://thancguide.org/es/cancer-basics/diagnosis/imaging/esophagram/>.
 6. Estudio esófago-gastroduodenal. Tránsito intestinal. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/pruebas/radiografias-contraste/estudio-esofago-gastroduodenal-transito-intestinal>.
 7. GEMA Centres Mèdics. (s/f). GEMA Centres Mèdics. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://www.gemasl.com>.
 8. Radiological Society of North America (RSNA), & American College of Radiology (ACR). (s/f). Videofluoroscópico de la deglución (VFSE). Radiologyinfo.org. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://www.radiologyinfo.org/es/info/modbariumswallow>.
 9. Tránsito esofagogastroduodenal. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/transito-esofagogastroduodenal/>
 10. (S/f). Redalyc.org. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/journal/3377/337754672008/html/>.

Artículo 37

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CELADORES

BUSHRA ABDERRAHAMAN LAARBI

HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED

El grado emocional y psicológico que tienen los celadores con los pacientes es muy importante, así como las tareas organizativas que deben desempeñar, por lo que los celadores están sometidos a mucha presión en su trabajo. El estrés que padecen los celadores es generalmente positivo, ya que les ayuda a adaptarse a nuevas situaciones que puedan surgir en un futuro y afrontar con éxito los nuevos desafíos. Este estrés que tienen los celadores se puede volver negativo cuando las demandas de trabajo exceden sobre los recursos de los que disponen los celadores.

1 Palabras clave

Síndrome de burnout, celadores, estrés y paciente.

2 Introducción

El grado emocional y psicológico que tienen los celadores con los pacientes es muy importante, así como las tareas organizativas que deben desempeñar, por lo que los celadores están sometidos a mucha presión en su trabajo. El estrés que padecen los celadores es generalmente positivo, ya que les ayuda a adaptarse a nuevas situaciones que

puedan surgir en un futuro y afrontar con éxito los nuevos desafíos. Este estrés que tienen los celadores se puede volver negativo cuando las demandas de trabajo exceden sobre los recursos de los que disponen los celadores. En todos los servicios que componen el hospital se habla de calidad percibida por parte del usuario, para poder valorar la calidad el paciente tendrá en cuenta la forma que tiene el profesional de atenderlo, este aspecto indicara el grado de cansancio del profesional.

A la hora de hacer frente al estrés el celador deberá tener en cuenta las siguientes estrategias para poder

afrontarlo:

- Centrarnos en el problema.
- Trabajar las emociones.

Estas dos estrategias citadas anteriormente son fundamentales, para que el celador lleve a cabo unas funciones en su puesto de trabajo sin ningún tipo de problema, pueda trabajar con normalidad, sin ningún tipo de estrés ni afectación emocional.

3 Objetivos

El objetivo de este artículo de revista es dar a conocer como afecta el Síndrome de Burnout a los celadores.

4 Metodología

Para la realización de este artículo de revista se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, Pubmed, Scielo... Para ejecutar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves o descriptores: Síndrome de Burnout, Burnout, Celadores, Estrés y Paciente. También se usaron algunas páginas de Internet.

5 Caso clínico

Celador de 40 años de edad, casado desde los 22 años, con un hijo y una hija de 15 y 17 años de edad, trabaja desde hace 10 meses de Lunes a Viernes en turno fijo de mañana en el Servicio de

Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta, el profesional refiere que Urgencias es un servicio que le gusta, pero que está cansado ya del trato que recibe por parte de algunos pacientes, ya que ciertos pacientes cuando suelen llegar al Servicio de Urgencias le faltan el respeto, le insultan e incluso le han llegado a pegar. El celador no se siente a gusto trabajando en el Servicio de Urgencias, en los 10 meses que lleva trabajando en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta se ha tenido que coger dos bajas debido al estrés psicológico y emocional que le está generando en su salud. El profesional está en terapia con un Psicólogo y con tratamiento Psiquiátrico, ya que los continuos malos tratos que recibe de los pacientes que acuden diariamente a Urgencias le han dejado secuelas. Un día en una de las citas que el celador tiene con el Psicólogo, este le dice al especialista que no quiere coger mas bajas y que prefiere estar trabajando. ya que es lo que le da vida, no es capaz de estar en casa sin trabajar y sin hablar con sus compañeros de trabajo. El especialista le aconseja que hable con su superior para que lo cambien de servicio ya que trabajar con estrés no es aconsejable para la salud ya puede causarle problemas psicológicos importantes que le pueden ocasionar un abandono completo de su puesto de trabajo.

6 Discusión-Conclusión

Las dificultades a las que se enfrentan los diferentes profesionales del ámbito de la salud son los valores cambiantes de la sociedad y la resistencia de los profesionales al cambio, lo que obliga al entorno sanitario a adaptarse a las necesidades que tiene la sociedad, mediante la planificación estratégica, el establecimiento de objetivos, los planes de acción y la organización sanitaria.

Otro tipo de dificultades a las que se enfrentan los trabajadores son: las agresiones físicas, psicológicas y sobre todo el agotamiento emocional que conllevan las funciones laborales diarias y de largo plazo con las personas a las que atienden en su día a día provocándole agotamiento. Por todo ello, en conclusión, nos daremos cuenta de la necesidad de que las propias instituciones promuevan programas específicos de desarrollo y estrategias de afrontamiento en situaciones de alto estrés laboral.

7 Bibliografía

1. Sicepa. Celadores y Síndrome de Burnout [Internet]. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo". 2021. Encontrado en: <https://congresosicepa.com/celadores-burnout/>.

Artículo 38

VITAMINA D EN TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS, EFICACIA Y SEGURIDAD

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

Se investiga el papel de la vitamina D en el tratamiento de la enfermedad osteoporótica, su papel en el tratamiento de la misma, sus principales mecanismos de acción, su eficacia y sus efectos adversos, todo esto se expone en la conclusión basada en los resultados obtenidos.

1 Palabras clave

Osteoporosis, vitamina D, colecalciferol y ergocalciferol.

2 Introducción

La preocupación de la sanidad de un país por sus principales enfermedades, hace que se busquen tratamientos coadyuvantes a dichas enfermedades para paliar el crecimiento de población afectada.

En el caso de una de las enfermedades como la osteoporosis, consideradas como epidemia silenciosa del nuevo siglo, el interés por encontrar tratamientos que minimicen el

riesgo de que se padezca, hace primordial el conocimiento y personalización de cada tratamiento con vitamina D, teniendo en cuenta sus cualidades, mecanismo de acción, seguridad y eficacia.

La vitamina D es una de las principales alternativas como tratamiento coadyuvante en pacientes con osteoporosis o riesgo de padecerla, es básico tener en cuenta las características individuales y evitar tratamientos en casos contraindicados o con precaución, ya que el complejo mecanismo de la vitamina D hace que en niveles superiores a los necesarios pueda resultar perjudicial.

Según los datos obtenidos en la búsqueda de información en bases con interés y credibilidad científica, hace

llegar a conclusiones decisivas para tomar las opciones más adecuadas para que el tratamiento con vitamina D sea el adecuado y seguro en cada caso.

El estudio de los resultados nos indica el alto número de factores que hay que tener en cuenta para escoger el tratamiento más adecuado.

3 Objetivos

-Conocer las principales características de la vitamina D en tratamiento de osteoporosis, usos, seguridad, eficacia y a que se deben sus reacciones adversas.

4 Metodología

Se hace búsqueda en base de datos con base científica y sometidas a revisión sistemática (Pubmed, Scielo, Medline), se recoge información sobre vitamina D, su metabolismo, indicaciones, funcionamiento, eficacia y seguridad y se expone la conclusión de los resultados obtenidos en dicha búsqueda.

5 Resultados

La vitamina D posee dos estructuras principales, D2 (ergocalciferol) y D3 (colecalciferol).

La vitamina d se sintetiza en la piel por radiación ultravioleta, en la exposición solar y por dieta, sobre todo en pescados grasos.

La vitamina D3 para ser activa necesita dos pasos metabólicos, uno en hígado y otro en riñón.

El proceso metabólico del hígado se produce en la fracción microsomial mediante una hidroxilación de la fracción 25. El proceso metabólico del riñón se produce por la intervención de la enzima 25- hidroxicolecalciferol 1 hidroxilasa, transformando la D3 en calcitriol.

La vitamina D3 aumenta la absorción intestinal de calcio y fósforo, en los riñones aumenta la reabsorción de calcio.

El calcitriol aumenta la reabsorción de calcio y fósforo en duodeno y yeyuno por medio de un transporte activo. A nivel del hueso estimula la mineralización, estimula la acción de los osteoblastos y tiene una acción de protección indirecta sobre el hueso por la inhibición a nivel de las glándulas paratiroides de la parathormona.

Si en plasma hay alta concentración de calcitriol se activa la resorción ósea, quedando reflejado el complejo mecanismo del mismo sobre el hueso.

La dosis adecuada se individualiza según la ingesta diaria de vitamina D, la exposición solar del paciente y buscando que se obtengan niveles séricos de calcio de 9-10 mg/ml y niveles de 25-OH-colecalciferol plasmáticos mayores de 25-30 ng/ml.

Contraindicado en pacientes con hipervitaminosis D, hipercalcemia, hipercal-

ciuria y litiasis cálcica.

Hay que tener precaución en pacientes con cálculos renales, insuficiencia renal, baja capacidad intestinal, insuficiencia cardíaca, hipoparatiroidismo y en tratamiento con digitálicos.

Las reacciones adversas de la vitamina D son derivadas de sobredosificación y tratamientos prolongados en el tiempo.

6 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a un alto porcentaje de la población, se trabaja de forma constante para encontrar formas de frenar el avance de dicha afección. Una forma de frenarlo es con tratamientos adyuvantes, además de con hábitos de vida saludable y dieta adecuada.

El uso de vitamina D como terapia coadyuvante se convierte en una opción adecuada y efectiva, aunque el complejo mecanismo de la vitamina D sobre el hueso hace que sea primordial conocer los mecanismos de acción, las pautas de vida del paciente, tanto alimentaria como exposición solar, y tratamientos y enfermedades padecidas para bajar los riesgos de padecer efectos secundarios, y asegurar la eficacia del tratamiento.

Santiago-Ausecha, D. R. (2021). Prevalencia de bajos niveles de vitamina D en pacientes con osteopenia y osteoporosis. Popayán, Colombia. Universidad y Salud, 23(3), 248-254.

2. Sosa Henríquez, M., & Gómez de Tejada Romero, M. J. (2021). La suplementación de calcio y vitamina D en el manejo de la osteoporosis. ¿Cuál es la dosis aconsejable de vitamina D?. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, 13(2), 77-83.

3. Loranca-Moreno, P., Vázquez-Gallardo, G., Brito-Gavilanes, M. B., Hernández-Sánchez, J. B., Vieyra-Lobato, I., & Chávez-León, A. Y. (2021). Efecto de la administración complementaria de vitamina D en pacientes con osteoporosis posmenopáusica sin respuesta a tratamiento con antirresortivos. Medicina Interna de México, 37(4), 529-539.

7 Bibliografía

1. García-Giraldo, A. M., Vargas-Uricoechea, H., Potosí-García, J. A., &

Artículo 39

EMBARAZO MÚLTIPLE Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL PILAR GIL COLINA

LUISA ATAICH FERNÁNDEZ

RUTH ANTON RODRIGUEZ

Un parto múltiple es el que ocurre después de que una madre haya estado embarazada de más de un bebé. Esto significa tener gemelos, trillizos o como en el caso que se va a tratar cuatrillizos.

Un embarazo típico de un solo bebé dura aproximadamente 40 semanas, mientras que un embarazo de gemelos suele durar entre 35 y 37 semanas, con lo cual nacen prematuros.

1 Palabras clave

TCAE, bebés, neonatos, embarazo múltiple, cuatrillizos, prematuros.

2 Introducción

Un embarazo múltiple significa que una mujer tiene dos o más bebés en el útero. Los bebés pueden proceder del mismo óvulo o de óvulos diferentes. Los bebés pueden proceder del mismo

óvulo o de óvulos diferentes. Los bebés que proceden del mismo óvulo se llaman idénticos. Esto ocurre cuando un solo óvulo es fecundado por un espermatozoide. Después, el óvulo fecundado se divide en dos o más embriones.

Los bebés que proceden de óvulos diferentes se llaman dicigóticos. Esto ocurre cuando dos o más óvulos son fecundados por espermatozoides diferentes.

Pueden tener diferentes grupos sanguíneos. Pueden verse diferentes entre sí

o pueden ser parecidos, como suele suceder con los hermanos. Por lo general estos embarazos suelen ser porque la madre se ha hecho una fecundación in vitro.

La fecundación in vitro es una técnica que permite la fecundación de los óvulos por los espermatozoides, originando embriones que posteriormente serán transferidos al útero, permitiendo así conseguir tasas de embarazo superiores a la concepción natural.

Podemos distinguir entre clásica, donde los óvulos se ponen en contacto con los espermatozoides en un medio de cultivo adecuado, y la fecundación in vitro con microinyección espermática donde se selecciona un espermatozoide y se deposita directamente en el interior del óvulo, esta técnica se emplea fundamentalmente cuando el semen presenta un número bajo, una movilidad baja o una morfología alterada, permitiendo así la obtención de embriones

3 Objetivos

El objetivo es dar a conocer un embarazo múltiple de cuatrillizos mediante cesárea y la labor que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del TCAE . Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Caso clínico

Paciente de 27 años embarazada de cuatrillizos de 32 semanas , acude a la planta de tocoginecología para ser ingresada, ya que tiene una cesárea programada al día siguiente. la paciente decidió realizarse una inseminación in vitro y la sorpresa fue que se encontró con cuatro bebés, en un principio le dijeron que no todos saldrían adelante, pero al final si pudo ser y nacieron los cuatro bebés. una vez que la paciente llega a planta se le asignó una habitación y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le acompaña. se le proporciona un camisón para que se cambie y se ponga el del hospital. los auxiliares le informan de que pasadas las doce de la noche no podrá ingerir ningún alimento ni líquidos. en la planta los enfermeros preparan junto con los auxiliares a la paciente , le ponen una vía con suero y una sonda vesical y el auxiliar de enfermería se asegura de ponerle un en-

ema para limpiar los intestinos y dejarla preparada para entrar a quirófano, ya en quirófano los auxiliares han preparado el material instrumental necesario para la cesárea, así como aspirador cerca y funcionando, el servicio de neo se encuentra allí también con las cunas preparadas para la llegada de los bebés. Una vez está todo organizado y preparado se lleva la paciente a quirófano y se comienza con la cesárea. los bebés no tardan en nacer y van sacando uno por uno a los recién nacidos los ginecólogos y los enfermeros de neo los van cogiendo y le realizan las pruebas que necesitan los bebés y se los llevan a uci neonatal y mientras los ginecólogos terminan la cesárea. una vez terminada y el anestesta indica que la paciente está bien y puede volver a planta se le traslada a su habitación donde la recibe la auxiliar para acomodarla y ayudarla en lo que necesite. los cuatro bebés los cuales son mellizos de niño y niña permanecen unas semanas en uci neonatal hasta que alcancen un peso ideal y estén fuera de peligro.

6 Discusión-Conclusión

La fecundación in vitro es una técnica que permite la fecundación de los óvulos por los espermatozoides, originando embriones que posteriormente serán transferidos al útero, permitiendo así conseguir tasas de embarazo superiores a la concepción natural. estas técnicas in vitro conllevan em-

barazos de gemelos trillizos o cuatrillizos como es este caso, lo que provoca un parto múltiple, y un parto múltiple es el que ocurre después de que una madre haya estado embarazada de más de un bebé. paciente de 27 años embarazada de cuatrillizos de 32 semanas, acude a la planta de tocoginecología para ser ingresada, ya que tiene una cesárea programada al día siguiente. la paciente decidió realizarse una inseminación in vitro y la sorpresa fue que se encontró con cuatro bebés, en un principio le dijeron que no todos saldrían adelante, pero al final si pudo ser y nacieron los cuatro bebés.

7 Bibliografía

GOOGLE ACADEMICO

Artículo 40

PIE DIABÉTICO. PREVENCIÓN Y CUIDADOS ENFERMEROS

NOELIA ACEVEDO CARRASCO

LORENA ARTERO PIÑERO

Introducción: La diabetes es una enfermedad metabólica que puede aparecer a cualquier edad, en la que los niveles de glucosa en sangre se mantienen elevados, causada por una producción inadecuada de insulina o resistencia de los tejidos a la insulina. El pie diabético es uno de los mayores problemas que sufren los pacientes diabéticos.

Objetivos: Control de los niveles de glucemia, educación para la salud en estos pacientes y sus cuidadores para evitar la aparición de lesiones y complicaciones, fomentar el autocuidado diario de los pies en personas diabéticas.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos.

Resultados: Las lesiones en los pies de personas diabéticas es un problema muy frecuente. En ocasiones, estas lesiones pasan desapercibidas al tener una sensibilidad disminuida o ausente por los daños provocados en los nervios.

Conclusión: La diabetes es una de las enfermedades más frecuentes. La aparición de problemas en los pies en personas diabéticas es muy común, por lo que es fundamental la prevención y cuidados del pie diabético para evitar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

1 Palabras clave

Diabetes, cuidados enfermeros, complicaciones, pie diabético.

2 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica, en la que los nive-

les de glucosa en sangre no son regulados de forma adecuada. La insulina es la hormona responsable de mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre. Esta hormona es producida por el páncreas.

La diabetes puede estar causada por una producción de insulina inadecuada, por una resistencia a la insulina o por una combinación de estas.

La diabetes puede clasificarse en:

Diabetes tipo I: suele aparecer en niños y personas jóvenes. Se trata de una enfermedad autoinmune en el que el páncreas funciona de forma adecuada por lo que es incapaz de producir insulina de forma adecuada. Es menos frecuente que la diabetes tipo II.

Diabetes tipo II: suele aparecer en la edad adulta. Es producida por resistencia a la insulina. Suele aparecer por una combinación de factores genéticos, estilo de vida, etc.

Diabetes gestacional: diabetes que aparece durante el embarazo, se debe a los cambios hormonales producidos durante el embarazo, antecedentes de diabetes o diabetes gestacional en la familia y al estilo de vida. Suele desaparecer al finalizar el embarazo.

Los síntomas más característicos de la diabetes son: polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso, cansancio, etc. En ocasiones, el aumento lento y pro-

gresivo de la glucosa puede hacer que pasen años hasta que aparezcan los primeros síntomas, por eso es fundamental el diagnóstico precoz para prevenir posibles complicaciones.

Los niveles elevados de glucosa de forma mantenida en el tiempo pueden causar daños irreversibles en ojos, riñones y nervios.

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes en las personas diabéticas. Los niveles de glucosa elevados en sangre de forma prolongada van produciendo deterioro en los nervios y pequeños vasos sanguíneos. El riesgo de presentar de lesiones se ve aumentado debido a la pérdida de sensibilidad que sufren estos pacientes. En estos pacientes el diagnóstico precoz es fundamental para evitar posteriores complicaciones como infección, úlceras y posibles amputaciones.

3 Objetivos

Dar a conocer la importancia del control y tratamiento de la diabetes para mantener unas cifras de glucosa en sangre adecuadas y evitar el deterioro de la circulación y los nervios.

Proporcionar una correcta educación para la salud en estos pacientes y sus cuidadores para la prevención y detección precoz de lesiones y futuras complicaciones.

Fomentar el autocuidado diario de los pies en las personas diabéticas.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica en diferentes bases de datos como: Google Scholar, Medline, Scielo, pubmed en artículos científicos relacionados en este tema. Para ello se ha utilizado la ecuación cuidados AND enfermeros AND diabetes AND complicaciones AND pie diabético. Los criterios de inclusión han sido estudios realizados en español en un intervalo de tiempo desde 2010-2022.

5 Resultados

La diabetes es una enfermedad crónica en la que las cifras de glucemias se mantienen elevadas en el tiempo. Estos niveles elevados de glucosa mantenidos en el tiempo pueden provocar daños en los nervios y vasos sanguíneos de los pies.

Al producirse estos daños en los nervios comienza a producirse pérdida de sensibilidad en los pies que puede ir acompañada de dolor, hormigueo, etc. Es lo que denominamos neuropatía diabética.

La aparición de lesiones en los pies de este tipo de paciente es el problema más habitual que nos encontramos.

En ocasiones, estas lesiones pasan desapercibidas al tener una sensibilidad disminuida o ausente por los daños provocados en los nervios.

El retraso en la curación de estas lesiones sugiere un problema al aumentar el riesgo de infección, que unido al déficit de flujo sanguíneo favorece la aparición de úlceras. Es fundamental que las personas diabéticas con úlceras en los pies acudan a un especialista, ya que las úlceras en pie diabético sin tratar son la causa más frecuente de amputación de miembros inferiores en diabéticos.

El papel de la enfermera en el abordaje del pie diabético es fundamental. Sus funciones van a ir encaminadas a mantener unos niveles correctos de glucemia para evitar la aparición de lesiones, proporcionar una buena educación para la salud fomentando el autocuidado y autovigilancia de los pies en estos pacientes para prevenir el pie diabético, así como evitar la progresión y complicaciones de las lesiones existentes.

Recomendaciones a seguir por las personas diabéticas para el cuidado de los pies:

Valoración diaria de los pies en búsqueda de algún signo de lesión.

Higiene diaria de los pies utilizando agua templada y jabón.

Secar muy bien y usar crema hidratante después del baño.

No andar descalzo.

El calzado debe ser ancho, sin costuras y no se recomienda calzado descubierto.

No usar bolsa de agua caliente o mantas eléctricas.

Acudir al podólogo frecuentemente.

Utilizar limas y cortar las uñas rectas.

No usar productos químicos

6 Discusión-Conclusión

La diabetes es una de las enfermedades más frecuentes. La aparición de problemas en los pies en personas diabéticas es muy común, por lo que es fundamental la prevención y cuidados del pie en diabéticos para evitar la aparición de lesiones en estos pacientes y sus posibles complicaciones.

Una buena educación para la salud es importante para evitar la aparición de lesiones y en el caso de que existieran evitar su progresión.

La prevención en la aparición de lesiones con el cuidado diario de los pies en personas diabéticas por parte del cuidador o del propio paciente son los pilares fundamentales en el tratamiento del pie diabético.

7 Bibliografía

Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>

¿Qué es la diabetes tipo 1? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/what-is-type-1-diabetes.html>

Síntomas y causas de la diabetes [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. NIDDK | National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2022. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>

Federación Española de Diabetes FEDE. 2019. Disponible en: <https://fedesp.es/diabetes/complicaciones/pie-diabetico/>

Cuidado de los pies en caso de diabetes [Internet]. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000081.htm>

Investigación RS. Cuidados de enfermería en la prevención del pie diabético [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-del-pie-diabetico/>

Ocronos R. Aspectos de los cuidados enfermeros del pie diabético. Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021; Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeros-pie-diabetico/>

Valoración y control de pacientes con pie diabético [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/valoracion-control-pacientes-pie-diabetico/>

Artículo 41

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

MUNIR MOHAMED ALI

Los celadores que trabajan en el Servicio de Rehabilitación van a realizar muchas funciones, algunas de ellas son:

- Vigilar las entradas de los pacientes que entran a la Unidad de Rehabilitación.
- Trasladar a los pacientes desde las ambulancias u otro tipo de vehículo hasta el Servicio de Rehabilitación.
- Informar a los superiores de los desperfectos que encuentre en la Unidad de Rehabilitación.
- Tratar de mantener un orden y un silencio en el Servicio de Rehabilitación.
- Ayudar al fisioterapeuta en la movilización del paciente, siempre y cuando el profesional lo solicite.

1 Palabras clave

Actuación del Celador, Celador, Unidad de Rehabilitación, Rehabilitación y Fisioterapeuta.

terna, una sala de rayos X, una planta de hospitalización... Los celadores que trabajan en el hospital de asegurarse de que los pacientes e instrumental estén en el lugar correcto en el momento correcto. Algunas de las funciones que va a ejercer el celador en el servicio de rehabilitación son:

2 Introducción

Los celadores son el personal del hospital encargado de trasladar a los pacientes e instrumental a las diferentes partes y servicios del hospital, por ejemplo: un quirófano, una consulta ex-

- Vigilar las entradas de los pacientes que entran a la Unidad de Rehabilitación.
- Trasladar a los pacientes desde las ambulancias u otro tipo de vehículo hasta

el Servicio de Rehabilitación.

- Informar a los superiores de los desperfectos que encuentre en la Unidad de Rehabilitación.
- Tratar de mantener un orden y un silencio en el Servicio de Rehabilitación.
- Ayudar al fisioterapeuta en la movilización del paciente, siempre y cuando el profesional lo solicite.

El celador en la Unidad de Rehabilitación es considerado fundamental, ya que va a permitir que los profesionales de fisioterapia trabajen de una forma mas segura y organizada, ya que el celador va a tener una serie de tareas que le va a hacer el trabajo más fácil al fisioterapeuta.

3 Objetivos

El objetivo que se pretende con la realización de este artículo es dar a conocer como actúa el celador en la unidad de rehabilitación.

4 Metodología

Para la realización de este artículo de revista se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de científicas: Medline, Pubmed, Scielo, Scopus, Proquest... Así como en diferentes páginas Webs de Internet, para realizar la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: Actuación del Celador, Celador, Unidad de Rehabilitación, Rehabilitación y Fisioterapeuta.

5 Caso clínico

Paciente de 25 años de edad, casado y con un hijo de 2 años de edad que sufre un accidente de moto cuando se dirigía a ver a sus padres, tras caerse de la moto los servicios de emergencias acuden hasta el lugar de los hechos, una vez allí le inmovilizan la pierna, lo ponen en la camilla, lo suben a la ambulancia y lo trasladan al Servicio de Urgencias. Tras llegar al Servicio de Urgencias, se le realiza una radiografía en la cual se observa que el paciente sufre una fractura, por lo que se realiza una inmovilización de la tibia durante 4 semanas, tras permanecer las 4 semanas con el yeso se le retira en la consulta el yeso, se le recomienda que no haga esfuerzo y que vaya a Rehabilitación un día por semana para ir apoyando el pie poco a poco. El paciente acudirá en coche al Servicio de Rehabilitación, una vez allí el celador de dicho servicio recogerá al paciente con una silla de ruedas y lo llevará hasta la sala de espera, donde permanecerá sentado en la silla de ruedas hasta que lo llamen para la rehabilitación, cuando lo llamen para la rehabilitación, el celador se encargará de meter al paciente en la consulta con el fisioterapeuta. Cuando el fisioterapeuta termine con el paciente, el celador se encargará de ayudar al paciente a sentarse en la silla de ruedas y lo acompañará en todo momento hasta que el paciente abandone el servicio de rehabilitación.

Antes de abandonar el edificio el paciente le pedirá una nueva cita de rehabilitación a la auxiliar administrativa, tras coger la próxima cita, el paciente abandona el servicio de rehabilitación.

6 Discusión-Conclusión

En conclusión y para finalizar con este artículo de revista, podemos decir que la figura del celador en el servicio de rehabilitación es muy importante, ya que va a ayudar a los fisioterapeutas con el paciente que acude al servicio de rehabilitación. Los celadores que trabajan en el servicio de rehabilitación se encargarán de recoger y llevar a los pacientes a la consulta, bajarlos de la silla de ruedas, sentarlos en las sillas de ruedas, acompañarlos hasta que entran en la consulta, etc.

Por todos estos motivos que hemos dicho anteriormente, la figura del celador en este servicio es muy importante.

7 Bibliografía

1. Martín R. Funciones del celador en el área de rehabilitación: Fisiostar [Internet]. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. 2017. Encontrado en: <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion>.

Artículo 42

CUIDADO AUXILIAR A PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR COVID19 Y DIAGNÓSTICO POR RADIOGRAFÍA

ROSA MARIA LOPEZ VERDEJO

En este apartado aborda la patología ocasionada por Covid19 , sus indicios y las pretenciones sanitarias que necesita esta patología así como el precaución intensivo auxiliares en enfermos por Covid ingresado en UCI y sus abordajes diagnósticos para el control evolutivo del tolerante

1 Palabras clave

Covid19, Cuidados Intensivos, Ingresos , Cuidados auxiliares, Diagnostico Radiologia, Radiografia de torax

2 Introducción

La patología, popular como coronavirus, cursa con tos, fiebre y contrariedad respiratoria. Las formas más graves, que afectan primordialmente a personas de edad avanzada y con ciertas comorbilidades, se expresan por afectación de la funcionalidad respiratoria, que necesita ventilación mecánica, y trastorno de respuesta in-

flamatoria sistémica, que puede conducir a un choque séptico con fallo multiorgánico, y altas tasas de mortalidad. La OMS informó que España fué uno de los más importantes focos de Europa y mundiales de la infección a lo largo de la segunda mitad del mes de marzo y abril que son los meses de ejecución de este estudio.

El ingreso hospitalario fue primordial en el 91,4% de los pacientes. El RSEHA se asoció relevantemente con la necesidad de ingreso hospitalario y con la necesidad de ingreso en UCI . Un total de 51 (17,5%) pacientes fallecieron; de estos, el 57% poseía el patrón severo en la RSEHA.

Los pacientes ingresados en la unidad de UCI por Covid19 necesitan unos cuidados minuciosos e interesantes por parte del grupo sanitario de auxiliares de enfermería ,tales como; movilización cada 2-4 horas ,comprobación de la precisa posición del tubo endotraqueal, vigilar e impedir la aparición de úlceras, precaución con los ojos e higiene personal del tolerante.

Se pudo hacer un control del avance del tolerante ingresado en Covid19 por medio de la escala ERVI creada por el Dr. Catalá que valora la gravedad del desarrollo en funcionalidad de las propiedades de la radiografía de tórax. Esta escalada solo tiene presente las lesiones compatibles con coronavirus en la radiografía de tórax, ósea, la presencia de opacidades o incremento de consistencia focal o difusa, o bien de un patrón alveolo intersticial.

3 Objetivos

Considerar la gravedad de la Covid19 en el tolerante ingresado en UCI por radiología de torax

Conocer los cuidados básicos de los pacientes ingresados en UCI por Covid19

4 Metodología

Para la preparación del presente capítulo se hizo una búsqueda sistemática de libros y además se han consultado artículos en las primordiales bases de

datos: Pubmed, Medline y Scielo, Medigraphic, Sciencedirect ;seleccionando artículos investigadores que proceden de publicaciones académicas revisadas.

5 Resultados

El virus SARS-CoV-2 es muy contagioso y se transmite de manera rápida de persona a persona por medio de la tos o secreciones respiratorias, y por contactos cercanos; las gotas respiratorias de bastante más de cinco micras, tienen la capacidad de transmitirse a una distancia de hasta dos metros, y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguidas del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Ya que no hubo un aislamiento popular a tiempo en China y después en Italia y España, la patología se esparció de manera rápida a varios países porque es muy contagiosa.

El nuevo virus SARS-Cov2, ha provocado una severa pandemia en todo el mundo, desatando pánico y alarma universal ,ha generado colapso del sistema sanitario en muchas zonas del planeta, por ser muy contagioso, ocasionando una cantidad enorme de muertes principalmente en ancianos con comorbilidades como diabetes mellitus o hipertensión arterial. De los órganos, el sistema respiratorio es el más afectado, pero puede perjudicar a algún órgano del ser humano.

El covid19 es una patología que disparó el número de capital en la unidad

de UCI (unidad de cuidados intensivos) donde fue de enorme consideración de la precaución básica llevada a cabo por los auxiliares de enfermería, dado que los pacientes pronados muestran un prominente compromiso de extubación orotraqueal, movimiento de accesos venosos, presencia de las úlceras y lesiones corneales.

Por otro lado, la enorme tarea del conjunto de radiología además fue de gran impulso para el control evolutivo del tolerante dado que se incrementaron los estudios de radiología torácica, en equipos portables y en las salas de radiología fácil de urgencias, y las tomografías computarizadas de tórax.

Se pudo desarrollar una vacuna que luego de numerosas pruebas en personas voluntarias en numerosos países, evidenció altos porcentajes de efectividad lo cual permitió que se comience a autorizar su aplicación en todo el mundo y de esta forma achicar los índices de hospitalizaciones y muertes similares al coronavirus. Con estos resultados, se estima que la promoción y organización sea de manera equitativa para que de esa forma se logre retornar pausadamente las ocupaciones económicas, laborales, sociales y familiares.

6 Discusión-Conclusión

Los expertos sanitarios ejercen un papel primordial en la atención de los pacientes; por esto, se debería tomar en

cuenta a todos ellos, tanto a los que están en contacto directo con pacientes con coronavirus en los medios hospitalarios o la llamada «primera línea», como a esos sanitarios que están en un medio comunitario

Esta pandemia debería conducir a cambios transformadores en cómo proporcionamos cuidados intensivos, introduciendo la aptitud avanzada de camas de la UCI, EPP, productos farmacéuticos, lugar de los principios de triaje de la UCI, optimización de la comunicación con las familias, transformación digital y colaboración más ágil en la exploración.

7 Bibliografía

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext
<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833821001065>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833821001065>
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6509>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833820301338>
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2443>
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544333.pdf>
<http://actacientificaestudiantil.com.ve/wp-content/uploads/2021/03/V14N1E1>

pdf

Artículo 43

SONDA VESICAL: LLENADO DEL GLOBO CON AGUA DESTILADA VERSUS SUERO SALINO FISIOLÓGICO

PAULA VEGA FERNÁNDEZ

Introducción: el sondaje vesical es una técnica de rutina en los pacientes que presentan retenciones urinarias, las cuales pueden responder a diversa etiología. La elección de la solución para el llenado del globo de la sonda vesical es una fuente de controversia entre los profesionales sanitarios, ya que se cree que el llenado con solución salina afecta a la permeabilidad de la sonda, aumentando el riesgo de obstrucción. **Objetivos:** se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para ello se han consultado las bases de datos Dialnet, Pubmed y ResearchGate, además de publicaciones de interés. **Metodología:** esclarecer qué dice la actual evidencia científica respecto a la utilización de agua destilada vs. suero fisiológico en el llenado del globo de la sonda vesical. **Resultados:** los estudios concluyeron que no había diferencias significativas entre el llenado de suero fisiológico respecto al llenado de agua destilada y no se producían obstrucciones. La probabilidad de cristalización de la solución de suero salino al 0,9% y la consiguiente obstrucción de la sonda es bastante baja. La aspiración manual con jeringa puede producir la formación de pliegues y crestas, además de un aumento en el tamaño del diámetro del globo del catéter al desinflarlo. Se puede afirmar que las obstrucciones en este tipo de técnicas existe realmente. **Conclusiones:** las sondas vesicales podrían llenarse indistintamente con suero fisiológico al 0,9% como con agua destilada. Se aconseja seguir investigando sobre el tema para producir más estudios que solidifiquen aún más esta evidencia.

1 Palabras clave

Sonda vesical; permeabilidad; obstrucción; suero salino; agua destilada.

2 Introducción

El sondaje vesical es una técnica de rutina con la que se pretende llevar a cabo el drenaje de la orina acumu-

lada en la vejiga en pacientes que necesitan un control estricto del volumen evacuado, se vayan a someter a alguna cirugía prostática o de los genitales, o que presenten incontinencia o retención urinaria.

La retención urinaria puede responder a diversa etiología, desde causas obstructivas como la presencia de cálculos vesicales o la hiperplasia prostática, hasta causas no obstructivas como la disfunción muscular o nerviosa de la vejiga.

La elección de la solución para el llenado del globo de la sonda vesical es una fuente de controversia entre los profesionales sanitarios, ya que la creencia de que la aplicación de solución salina en el llenado del globo de la sonda vesical afecta a la permeabilidad de la sonda aumentando el riesgo de obstrucción por la cristalización de dicho producto dentro de la misma ha sido perpetuada.

La gran mayoría de veces se utiliza agua destilada en el llenado del globo, ya que popularmente se asocia a un menor riesgo de complicaciones si se escoge esta frente al suero fisiológico. Por eso debemos preguntarnos si realmente este hecho es verídico y si verdaderamente está probado científicamente con la suficiente consistencia.

3 Objetivos

- Esclarecer qué dice la actual evidencia científica respecto a la utilización de

agua destilada vs. suero fisiológico en el llenado del globo de la sonda vesical.

4 Metodología

Para la realización de este artículo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible en la actualidad. Para ello se han consultado las bases de datos electrónicas Dialnet, Pubmed y ResearchGate, además de otras publicaciones de interés.

5 Resultados

Los artículos científicos consultados se basan en ensayos clínicos controlados y cegados en los que se utilizó un grupo como control y otro experimental. Las sondas vesicales llenadas con los distintos líquidos (agua destilada y suero salino) se sometieron a condiciones in vitro similares a las del cuerpo humano respetando una temperatura de 37 °C. Los estudios concluyeron que no había diferencias significativas entre el llenado de suero fisiológico respecto al llenado de agua destilada y no se producían obstrucciones.

Según Emami et al., la solubilidad del cloruro de sodio a 37 °C de temperatura en agua es de 36 gramos por cada 100 ml de solución, siendo esta cantidad 40 veces superior a la presente en soluciones de suero salino fisiológico al 0,9% de concentración. Esto evidencia que la probabilidad de cristalización de la solución de suero salino al 0,9% y la

consiguiente obstrucción de la sonda es bastante baja.

Robinson J. apunta en su estudio "Deflation of a Foley catheter balloon" que la aspiración manual con jeringa puede producir la formación de pliegues y crestas, además de un aumento en el tamaño del diámetro del globo del catéter al desinflarlo.

Aunque se rechace la hipótesis de que el suero salino intervenga en la obstrucción y correcta permeabilidad de la sonda vesical permanente, se puede afirmar que las obstrucciones en este tipo de técnicas existe realmente y supone un problema para el paciente que tiene que someterse a una extracción cruenta de la sonda y para el personal sanitario que lo asiste.

Cabe destacar que actualmente existen guías de práctica clínica de técnicas de sondaje vesical permanente en los que se describe el uso de agua destilada o suero fisiológico indistintamente.

6 Discusión-Conclusión

Dado los resultados obtenidos en este estudio, los globos de las sondas vesicales podrían llenarse indistintamente con suero fisiológico al 0,9% como con agua destilada, ya que no se asocia a complicaciones, aunque se aconseja seguir las instrucciones del fabricante de la sonda vesical antes de su uso.

El sondaje vesical es una técnica que se realiza con relativa frecuencia en los hospitales, generalmente llevada a

cabo por enfermeros y en algunos casos por facultativos. De ahí la importancia de contar con profesionales cualificados y actualizados en cuanto a evidencia científica se refiere. Se aconseja por ello seguir investigando sobre este tema para producir más estudios que solidifiquen aún más esta evidencia.

7 Bibliografía

1. Emami Zeydi, Amir & Darvishi Khezri, Hadi. (2013). Do not use normal saline to fill the balloon of a Foley catheter: Is it a myth?. *International Journal of Urological Nursing*. 7. 10.1111/ijun.12017.
2. Garzón Mondejar M, Araoz Fernández G. Suero fisiológico o agua destilada en el globo de la sonda vesical. *Enfuro*. 2009;110:21-2.
3. Sharpe SJ, Mann FA, Wiedmeyer CE, Wagner-Mann C, Thomovsky EJ. Optimal filling solution for silicone Foley catheter balloons. *Can Vet J*. 2011 Oct;52(10):1111-4. PMID: 22467967; PMCID: PMC3174508.
4. Robinson J. Deflation of a Foley catheter balloon. *Nurs Stand*. 2003 Mar 19-25;17(27):33-8. doi: 10.7748/ns2003.03.17.27.33.c3360. PMID: 12683117.

Artículo 44

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

FATIMA BUGALEM AHMED

HAYAT MOHAND HADDU

FATIMA SOHORA ABDEL-LAH MOHAMED

La atención al paciente hospitalizado abarca una gran variedad de disciplinas y/o profesiones donde los profesionales forman parte de una institución que abarca todos los cuidados que debe recibir un paciente.

Parte de este conjunto de cuidados que va a recibir el paciente, los va a ejecutar la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que va a realizar funciones tan importantes como los miembros de otras categorías diferentes, como médicos, enfermeros, celadores... Es importante decir que todos estos profesionales deben trabajar en equipo.

La auxiliar de enfermería (TCAE) tendrá que adquirir los conocimientos necesarios para el desempeño del puesto de trabajo, como son técnicas básicas de enfermería, saber de higiene hospitalaria, apoyo psicológico a los pacientes, las auxiliares de enfermería (TCAE) deber tener unas actitudes y habilidades correctas con el paciente, ya que están trabajando con personas que se encuentran en situación vulnerable.

1 Palabras clave

TCAE, Auxiliar de Enfermería, Paciente y Paciente Hospitalizado.

2 Introducción

La atención al paciente hospitalizado abarca una gran variedad de disciplinas y/o profesiones donde los profesionales forman parte de una institución

que abarca todos los cuidados que debe recibir un paciente.

Parte de este conjunto de cuidados que va a recibir el paciente, los va a ejecutar la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que va a realizar funciones tan importantes como los miembros de otras categorías diferentes, como médicos, enfermeros, celadores... Es importante decir que todos estos profesionales deben trabajar en equipo.

La auxiliar de enfermería (TCAE) tendrá que adquirir los conocimientos necesarios para el desempeño del puesto de trabajo, como son técnicas básicas de enfermería, saber de higiene hospitalaria, apoyo psicológico a los pacientes, las auxiliares de enfermería (TCAE) deber tener unas actitudes y habilidades correctas con el paciente, ya que están trabajando con personas que se encuentran en situación vulnerable. Las principales funciones que va a realizar el auxiliar de enfermería (TCAE) son:

- La auxiliar de enfermería (TCAE) será la persona encargada de recibir al paciente cuando ingresa en la planta del Hospital.
- La auxiliar de enfermería (TCAE) se encargará de realizar la higiene del paciente hospitalizado.
- La auxiliar de enfermería (TCAE) vigilará el estado del paciente, lo levantará y lo acostará.
- La auxiliar de enfermería (TCAE) se encargará de vestir las camas de limpio,

recoger las habitaciones, etc.

- La auxiliar de enfermería se encargará de tomar temperaturas, anotar diuresis, pesar a los pacientes, etc.

3 Objetivos

El objetivo de este artículo de revista es conocer que funciones desempeña la auxiliar de enfermería en la planta de los pacientes hospitalizados.

4 Metodología

Para la realización de este artículo de revista se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de científicas: Medline, Pubmed, Scielo... Así como en el buscador de Internet, para realizar la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: TCAE, Auxiliar de Enfermería, Paciente y Paciente Hospitalizado.

5 Caso clínico

Paciente de 50 años de edad, casado y padre de dos hijos de 27 y 25 años de edad, ambos hijos se encuentran situados, el hijo mayor es abogado en un bufete y el hijo pequeño trabaja de enfermero en una clínica privada. La noche de Navidad, el padre haciendo un Pavo al horno se quema la mano y acude acompañado de su hijo mayor al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Ceuta, una vez allí los

profesionales sanitarios le ven la quemadura, se la curan y le recomiendan que se quede ingresado en el hospital para ver como evoluciona la quemadura. Tras ingresar el paciente en la planta del hospital, la auxiliar de enfermería (TCAE) recibe al paciente, lo acompaña hasta la habitación, le entrega al paciente el pijama, le dice si necesita que le ayude, le explica en que puede poner todas sus pertenencias, le destapa la cama y se marcha de la habitación del paciente. A la hora de la comida, la auxiliar de enfermería (TCAE) ayuda al paciente a incorporarse de la cama, le pone la bandeja de la comida y le pregunta si necesita ayuda para poder comer, una vez que el paciente termina de comer la auxiliar de enfermería (TCAE) se encargará de recoger la bandeja de la habitación, arropar al paciente y poner la habitación como le indique el paciente. A la hora de ir al baño por la noche, el paciente le pide ayuda a la auxiliar de enfermería (TCAE), ya que sus hijos se van a casa con su madre para que no se quede sola. Tras permanecer 1 semana ingresado en el hospital, el paciente recibe el alta hospitalaria por parte del facultativo.

6 Discusión-Conclusión

En conclusión y para finalizar con este artículo, podemos decir que el trabajo realizado por el auxiliar de enfermería (TCAE) forma parte del que todos los profesionales sanitarios van a realizar

con mucho esfuerzo diariamente, todo ello con la finalidad de mejorar la salud del paciente que se encuentra hospitalizado.

Para lograr que esto se produzca, es necesario que el auxiliar de enfermería (TCAE) adquiera los conocimientos técnicos necesarios para desempeñar su trabajo, los auxiliares de enfermería (TCAE) deben desempeñar todas sus funciones con diversas habilidades y actitudes, siendo siempre educados y amables con el paciente que se encuentra hospitalizado.

7 Bibliografía

1. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Las Funciones del TCAE en el cuidado del enfermo en Planta [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. Encontrado en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidado-enfermo-planta/amp/>.

Artículo 45

DEFINICIÓN DE TRASTORNO SOMATOMORFO EN UTILIDAD CLÍNICA A REVISIÓN POR MÉDICO DE EMERGENCIAS

MIZAEL LÁZARO CUBAS ACEVEDO

La categoría en la que se incluyen los trastornos somatomorfos tiene en la utilidad muy poca utilidad clínica. En el último manual de diagnóstico, un trastorno que se genera por malestar somático que se une a la experiencia corporal. En esta última revisión se reúnen en trastorno de somatización, somatomorfo indiferenciado, con un carácter persistente somatomorfo, con disfunción vegetativa. Exceptuando la hipocondría que pertenece en esta última clasificación al espectro obsesivo-compulsivo.

1 Palabras clave

Trastorno mental, malestar somático, somatoformo y disfunción.

2 Introducción

Los diferentes trastornos somatoformos tienen un elemento común, este es que experimentan problemas y alteraciones que tienen relación con la persona y con su propio cuerpo. En la actualidad son unos criterios para el diagnóstico que eran estrictos, el manual

de diagnóstico se limita a una descripción de las características esenciales de cada trastorno. De todas formas, se evita proporcionar una descripción detallada para tener que poner puntos de corte arbitrarios con unos requisitos en la duración de los síntomas que no puedan estar justificados o que incluyan motivos certeros para incluirlos¹.

Las características que se consideran esenciales son también determinantes para que el diagnóstico de este

trastorno se pueda diagnosticar.

- Es necesario presentar varios síntomas de carácter físico y que sean angustiosos para el paciente, aunque estos puedan variar con el tiempo y en su inicio pudiera ser un solo síntoma.
- Se considera que existe una alta atención de los distintos síntomas que tiene el individuo al acudir a las consultas diversas con distintos profesionales.
- Los síntomas que son físicos son persistentes, aunque pueden ir cambiando 2.

El trastorno se puede clasificar en dos entidades que son diferenciadas completamente:

- Una es el trastorno por malestar somático, se considera el más importante que se encuentra dentro de las dos categorías, viene marcado por una diferenciación en función de la gravedad que tienen los síntomas en el trastorno que marca una emoción negativa e importante con disforia, se diferencia claramente de lo que son las preocupaciones normales y en la que se incluye esta patología 2.
- La otra es la disforia por la integridad corporal, está relacionada con autolesiones, pero no tienen carácter autolítico, este trastorno se considera poco frecuente y ha tenido varios nombres y clasificaciones a lo largo de la historia porque hace un ajuste de la persona a no encontrarse bien con la configuración que tiene su cuerpo y a querer romper la estructura o imaginar o fantasear con lo que en realidad le

gustaría ser 2,3.

3 Objetivos

El objetivo de este artículo son las consecuencias que tiene esta enfermedad sobre la salud física y mental en el individuo.

4 Metodología

Para realizar este artículo se ha tenido en cuenta un estudio pormenorizado de distintas fuentes de datos españolas, anglosajonas e iberoamericanas publicadas en las prestigiosas revistas como PubMed, Scielo y haciendo una búsqueda extensiva en Google académico y buscadores infográficos de psiquiatría basándonos en el manual de diagnóstico DSM-V actualizado.

5 Resultados

Después de analizar los distintos resultados de los estudios consultados, se debe de realizar un diagnóstico que sea diferencial con la esquizofrenia y con los distintos trastornos de la esfera psicótica, también hay que tener en cuenta si existen alucinaciones somáticas o si el paciente realmente tiene esas creencias o la estructura del paciente es correcta y está discapacitado como si le faltara alguna extremidad.

Ese puede dividir claramente del trastorno obsesivo-compulsivo en el

que los impulsos y pensamientos que son agresivos, como cuando se producen autolesiones, se consideran bastantes egodistónicos o es la que persona en realidad busca de forma activa y que en realidad sea parte de sus creencias y de sus pensamientos.

En el trastorno dismórfico corporal, el signo de disforia tiene que derivar en ciertas preocupaciones y también en intrusiones sobre estos defectos que son físicos y que en el modo en los que estos pueden coincidir la relación que se tienen con los demás o como los demás lo pueden valorar. Cuando se tiene el trastorno de la disforia, la persona cree verdaderamente que su cuerpo está mal configurado y que necesita cambiar algo.

Es importante en este trastorno se distinga del trastorno que es facticio, en el cual se finge tener una discapacidad para poder conseguir un beneficio con una atención médica extrema en el que se gestione un periplo por distintas especialidades para conseguir distintos diagnósticos que pueden tener un fin concreto como buscar una minusvalía o simplemente ser el centro de atención de un núcleo familiar o laboral en algunos de los casos. Los síntomas se fingen, pero no existen signos, por lo que es ahí donde podemos encontrar la diferencia.

6 Discusión-Conclusión

En los estudios consultados, podemos concluir como se puede indicar la presencia de distintas anomalías que son neurobiológicas, pero que no llegan a ser datos de carácter concluyentes para la diversidad de la metodología que se puede emplear, se puede decir que en los estudios hay una representatividad de las muestras que se considera insuficiente y una diversidad de los datos que se aportan.

Esta enfermedad tiene un curso con un inicio temprano que empieza normalmente en la adolescencia. Contando con una evolución que fluctúa, el deseo y la disforia en algunas ocasiones llegan a ser de carácter muy intenso y la persona no puede dejar de pensar en que tiene que conseguir alguna discapacidad que ya ha fijado de antemano y sobrevalora los síntomas 6.

7 Bibliografía

1. Arcas M. Sobre un caso de trastorno dismórfico corporal. Alcmeon. Rev Argentina Clín Neuropsiquiatr. 2019.
2. Bjomsson AS, Didie ER, Phillys KA. Body dysmorphic disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2021.
3. Cruzado L, Vásquez E, Huavi J. Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal. Reporte de un caso. An Fac Med. 2020.
4. Behar R, Molinari D. Dismorfobia muscular, imagen corporal y conduc-

tas alimentarias en poblaciones masculinas. Rev Méd Chile 2020.

5. López Santin JM, Molins Gálvez F. Ideas sobrevaloradas: Cuestiones psicopatológicas. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(1):70-4.

6. Millon T, Davis R. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. DSM-I. 4ta.ed. España: Masson; 2021.

Artículo 46

MEDICINA NUCLEAR: DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE METÁSTASIS TUMORAL MEDIANTE SPECT ÓSEO

RUTH GARZA PÉREZ

CARMEN CARRERA SAUSÁN

CARMEN SANROMÁN PONS

OHIANE RUBIO BARRERA

En este artículo se aborda la especialidad denominada medicina nuclear, siendo empleada mediante el SPECT óseo con fines diagnósticos imposibles utilizando otras técnicas. A través de esta publicación queremos dar visualización a la detección y el posible seguimiento de la metástasis tumoral.

1 Palabras clave

Medicina nuclear, Metástasis tumoral y SPECT óseo.

diagnóstico.

El radiofármaco es una sustancia radiactiva que se introduce en el organismo, y es captado por los detectores de la máquina encargada de proporcionar la imagen. Se utilizan para conseguir mayor contraste del hueso sano con la metástasis ósea, y así saber con precisión cuanto abarca y la gravedad de la lesión producida.

2 Introducción

El SPECT es una técnica de imagen utilizada en medicina nuclear que está basada en la detección de fotones con la administración de un radiofármaco. Tiene usos específicos a la hora de su

La metástasis ósea es producida por la diseminación de las células cancerosas del tumor primario, propagándose a

cualquier hueso, con mayor frecuencia en la columna vertebral, fémur y pelvis. Esta propagación puede producirse a partir de todos los tumores, aunque los más propensos a extenderse son los de mama y los de próstata.

La metástasis es un proceso que sucede cuando las células han perdido la capacidad de reparar el daño en el ADN. Puede llegar a causar dolor e incluso fracturas del hueso.

El 90% de los pacientes con cáncer mueren al padecer metástasis. En estos casos el único tratamiento posible es el paliativo, reduciendo el dolor y otros síntomas.

Las metástasis óseas pueden ser osteolíticas u osteoblásticas.

- Osteolíticas: Son las más frecuentes. Las células tumorales actúan directamente sobre los osteoclastos.
- Osteoblásticas: Hay factores que estimulan la proliferación y la diferenciación de los osteoblastos y en consecuencia, la formación incontrolada de las células metastásicas.

3 Objetivos

- El objetivo principal de este artículo es explicar cómo se forma la metástasis ósea, su diagnóstico a través de pruebas de imagen y el posible tratamiento a recibir por el paciente, haciendo que el artículo esté realizado de la manera más clara posible.
- Nuestro objetivo final es concienciar de la importancia de realizarse pruebas

diagnósticas.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

Al realizar este artículo hemos observado que el SPECT óseo con la utilización de radiofármacos, el más utilizado es el Tecnecio-99, es la técnica que facilita el diagnóstico y ayuda a observar las condiciones de los huesos, incluyendo fracturas, infecciones y metástasis óseas.

El SPECT óseo se basa en la detección de fotones, genera información funcional y se utiliza para complementar otras técnicas de imagen más comunes, rutinarias, sencillas y con menor coste, como:

- Radiología simple: Por su bajo coste y rapidez, es el método más utilizado.
- Gammagrafía con tecnecio-99: Consegue una imagen total del esqueleto, que se emplea para el seguimiento de los tratamientos.

- Tomografía computarizada o resonancia magnética: Solo son utilizadas si existen dudas en el diagnóstico al haber usado alguna de las técnicas nombradas anteriormente.

En la mayoría de los pacientes diagnosticados con metástasis óseas, no tienen cura, por lo consiguiente solo se puede llegar aliviar el dolor con un tratamiento paliativo, el cual ayuda a que el paciente pueda continuar con su vida con el menor dolor posible.

La utilización del SPECT óseo tiene sus beneficios y sus riesgos, por eso, el profesional, antes de solicitar la prueba, debe valorar los pros y los contras que pueda acarrear el proceso.

Los beneficios suelen ser mayores a los riesgos a los que son sometidos los pacientes.

Como, por ejemplo, los beneficios podrían ser, descubrir posibles fracturas, da información mucho más detallada en comparación con otras técnicas, no genera efectos secundarios y permite detectar otras enfermedades óseas que solo se pueden visualizar con este tipo de prueba.

Y los riesgos podríamos incluir las posibles alergias al contraste, al realizar la punción, que se genere dolor o enrojecimiento de la zona, etc.

6 Discusión-Conclusión

Terminamos el artículo con nuestras conclusiones tras discutir el tema en conjunto. Nuestra conclusión es que

en muchas ocasiones, al realizar una prueba rutinaria como la radiografía simple en la que se detecte alguna anomalía o sospecha de metástasis ósea, se debe complementar el estudio radiológico con otras técnicas de imagen. En concreto, la que mejor resolución tiene, aumentando la facilidad para el diagnóstico, pero a la vez es la más costosa, resulta ser el SPECT óseo. Si al realizar esta técnica de imagen no se visualiza del todo bien, es posible necesitar la utilización radiofármacos. Esto ayuda a realzar el contraste del tejido dañado.

7 Bibliografía

1. S. Vicent, D. Luis-Ravelo, I. Antón, I. Hernández, S. Martínez, J. de las Rivas, A. Gúrpide, F. Lecanda. 2006. Las metástasis óseas del cáncer. Scielo. 177-188. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/pruebas/pruebas-medicina-nuclear/tomografia-emision-foton-simple-spect-spect-tc>.

Artículo 47

DIABETES MELLITUS. CONCEPTOS BÁSICOS Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ELENA CALVO SUÁREZ

La diabetes es considerada un problema de salud global, ya que se trata de una enfermedad crónica con una gran prevalencia en la población y una tendencia creciente. La educación para la salud en este tipo de pacientes resulta un punto clave sobre el que actuar a la hora de prevenir complicaciones crónicas derivadas de ella y proporcionar al paciente una mayor autonomía y calidad de vida. Por lo que la presente revisión pretende aportar conocimientos respecto a la correcta realización de medición de glucosa y administración de insulina y reforzar los métodos de instrucción del paciente y su entorno.

1 Palabras clave

Diabetes, insulina y glucosa.

más de 180 millones de personas con diabetes (1), se calcula alrededor de los 422 millones (2).

2 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no es capaz de regular la cantidad de azúcar en la sangre. Puede estar causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay

Los pacientes diabéticos suponen un 30-40% de los atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y un 25% de los ingresados, tanto en las áreas médicas como quirúrgicas.

La diabetes se puede diferenciar en 4 tipos: diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II, diabetes gestacional y otras diabetes específicas, como son la MODY y la LADA.

Diabetes tipo I:

También se conoce con el nombre de diabetes mellitus insulino dependiente (DMID). Como su nombre indica, los pacientes que la padecen son dependientes de insulina y sin ella pueden morir.

Este tipo de diabetes es un trastorno autoinmunitario, cuyas causas no se comprenden bien, ya que las células betas del páncreas son atacadas por anticuerpos y finalmente destruidas en su totalidad.

Las características clínicas más frecuentes son: poliuria, sed, polidipsia, pérdida de peso o falta de energía.

La persona diagnosticada con diabetes tipo I requerirá tratamiento con insulina y es ella quien debe ajustar las inyecciones de insulina para equilibrarlas con los niveles de glucosa en sangre, planificar la cantidad, el contenido y el horario de las comidas y también cualquier ejercicio que desee hacer (3).

Hay diferentes tipos de insulina: de acción rápida, intermedia o prolongada. Las causas y los factores de riesgo de la diabetes tipo 1 siguen siendo desconocidos y las estrategias de prevención no han sido eficaces por el momento (2).

Diabetes tipo II:

También se denomina diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID). Como su nombre indica, los pacientes que la padecen no dependen de in-

ulina para su supervivencia, aunque la pueden necesitar para controlar su diabetes.

Este tipo de diabetes se debe o bien a una producción insuficiente de insulina o a una incapacidad del cuerpo a utilizarla de forma adecuada. Además, este trastorno también está relacionado con la obesidad. Así pues, puede controlarse únicamente con la dieta o se puede tratar al paciente con medicación para disminuir las glucemias. Además, puede prevenirse con treinta minutos de actividad física moderada casi todos los días y una dieta saludable.

Las características clínicas más frecuentes son: palidez, temblor, sudoración, sensación de “cabeza ida”, visión borrosa, taquicardia, confusión creciente o lenguaje incoherente.

Este tipo de diabetes es la más frecuente. (3)

Diabetes gestacional:

También se denomina diabetes mellitus gestacional y se trata de un tipo de diabetes que, como su nombre indica, se puede presentar durante el embarazo.

Se caracteriza por la aparición de hiperglucemia durante el embarazo, con valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para el diagnóstico de la enfermedad.

Se manifiesta en el 7% de las mujeres embarazadas y por eso se les realiza

una prueba de diabetes entre las 24 y 28 semanas de embarazo, ya que puede causar problemas en el bebé.

Después de dar a luz desaparece, pero tanto la mujer como su hijo corren el riesgo de padecer diabetes tipo II en el futuro (5).

Diabetes MODY:

Se conoce también con el nombre de diabetes monogénica. Se trata de un trastorno poco común que resulta de mutaciones en un solo gen y en la mayoría de los casos, se hereda.

Afecta con mayor frecuencia a niños y jóvenes. En la mayoría de los casos, el cuerpo tiene menor capacidad de producir insulina. En casos muy poco frecuentes, el problema es una resistencia severa a la insulina. Es por eso que un diagnóstico acertado puede ayudar a las personas a recibir el tratamiento adecuado (1).

Diabetes LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults):

También se conoce con el nombre de diabetes 1'5. Se le diagnostica a pacientes adultos que no precisan al principio de insulina para su tratamiento y que generalmente no tienen sobrepeso y tienen poca o ninguna resistencia a la insulina (4).

Se han elaborado diferentes formas de abordar este problema de salud pública. De este modo, en los Centros de Salud Familiar, los individuos diagnosticados

con diabetes mellitus son intervenidos por el equipo médico, con el objetivo de controlar la glucemia y abordar los factores de riesgo cardiovascular presentes. Pero el mayor porcentaje de responsabilidad en el manejo de esta condición recae en las manos de los pacientes (1).

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la técnica para la realización de una medición de glucosa e inyección de insulina.

Objetivos secundarios:

- Dominar los cuidados de pacientes diabéticos hospitalizados.
- Educar al paciente y a la familia del diabético.

4 Metodología

A la hora de realizar este trabajo se realizó una revisión de distintos libros y artículos utilizando herramientas y buscadores especializados en conocimientos de la rama de la salud para obtener información relevante sobre el tema, en este caso la diabetes.

Lo primero fue el establecimiento de una serie de objetivos a conseguir a lo largo de la realización de este trabajo, los cuales están orientados al conocimiento de técnicas y cuidados que deben realizar enfermería en esta

enfermedad y también a la educación que se le debe dar a la familia y al paciente sobre el tema.

Después de marcar dichos objetivos, se realizó una búsqueda general sobre el tema en artículos, libros y protocolos de enfermería para lograr una idea general y adquirir conocimientos para ser capaces de comprender y abordar mejor el tema, además, también se empleó otro tipo de material como vídeos, imágenes y demás material de interés.

Posteriormente, se realizó una búsqueda más minuciosa de artículos de revisión en bases de datos tales como Medline o Google académico.

Finalmente, se procedió a la redacción de los resultados y conclusiones, destacando los hallazgos considerados más importantes, sobre todo en los artículos de investigación, libros y protocolos más importantes de los buscados con anterioridad, recogiendo todos en una bibliografía que citada según las normas de Vancouver.

5 Resultados

El primer objetivo trata de conocer el procedimiento de medición de azúcar en sangre. Para ello se realiza una prueba llamada examen de glucemia. Esta tiene como objetivo recoger una pequeña muestra de sangre capilar tomada de la yema del dedo, lóbulo de la oreja o talón para la lectura de la con-

centración de glucosa en sangre. (6)

Esta técnica es muy útil, ya que puede ser realizada tanto por el propio paciente como por el profesional de Enfermería, para prevenir y detectar descompensaciones agudas: hipoglucemias e hiperglucemias. (7)

Materiales utilizados:

- Lanceta.
- Dispositivo medidor (glucómetro). Existen diferentes glucómetros para escoger, algunos tienen memoria para poder guardar los resultados.
- Gasas.
- Tira reactiva.
- Antiséptico.

Procedimiento:

1. Informar al paciente y explicar procedimiento.
2. Higiene de manos.
3. Colocar la tira reactiva en el medidor.
4. Localizar la zona de punción.
5. Higiene de la zona seleccionada para la extracción de sangre: frotar, aplicar antiséptico y dejar secar.
6. Punción directa y rápida de la zona para reducir el dolor.
7. Limpiar la primera gota con una gasa seca y recoger otra sobre la tira reactiva.
8. Esperar hasta que suene la alarma.
9. Comprimir con una gasa para que cese el sangrado.
10. El nivel de glucosa aparecerá en el medidor.

La otra técnica es la inyección de in-

sulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas y su función que la glucosa que proviene de los alimentos pase a las células donde se transforma en energía. Como ya se dijo en la introducción, en esta enfermedad no hay producción propia de insulina o está disminuida o hay una resistencia a su acción, por lo tanto, es necesario administrarla. La insulina se debe suministrar a todas las personas con diabetes tipo 1 y a muchas con diabetes tipo 2. (8)

La insulina debe inyectarse en el tejido subcutáneo, cogiendo un pellizco de la zona elegida. Las zonas donde se puede administrar son la región abdominal, la cara anterior y lateral del muslo, la cara externa del brazo y la región escapular.

Material:

- Jeringa.
- Fármaco.
- Aguja.

Procedimiento:

1. Aguja y jeringa incorporada y con el bisel hacia arriba.
2. Coger un pellizco de la zona donde se va a insertar la aguja con un ángulo de incidencia de 45°.
3. Aspirar. Administrar la medicación. (6)

En relación con el segundo objetivo, la actuación de Enfermería va dirigida sobre todo a la prevención y promoción de la salud. Algunos de los cuidados aplicados son:

1. Entrevista del paciente para determinar sus necesidades de salud en acciones de prevención, educación para el autocuidado, cambio de estilo de vida (nutrición y ejercicio) y atención por estomatología, nutrición y trabajo social.
2. Verificación de signos o síntomas de alarma: por ejemplo, hiperglucemia, hipoglucemia o síndrome vasculoespasmódico como signos de descompensación metabólica de DM2 y HTA.
3. Exploración física: medición del peso y talla, presión arterial, circunferencia de cintura, frecuencia cardiaca y glucosa por medio de tiras reactivas y revisión de los pies (en pacientes con DM2).
4. Prevención de enfermedades mediante la aplicación de toxoide tetánico-diftérico, antiinfluenza, antisarampión-antirrubéola.
5. Coordinación y gestión para la atención de los pacientes en los servicios de nutrición, trabajo social y estomatología, con el propósito de lograr una atención integral, continua y coherente con las necesidades individuales de cada paciente.
6. Gestión para el resurtido de medicamentos.
7. Restablecer el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido básico.
8. Corregir las anomalías metabólicas.
9. Ayudar con el tratamiento de la causa o del proceso patológico subyacente.
10. Prevenir complicaciones.
11. Proporcionar información sobre el proceso, el pronóstico de la enfer-

medad, autocuidados y las necesidades. (9)

En cuanto al tercer objetivo, la educación de los pacientes es una parte muy importante en el tratamiento de la diabetes, consiste en proporcionar al paciente los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar el tratamiento, motivándolo y dándole seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente su control si afectar a su autoestima ni a su bienestar general.

El encargado de educar en diabetes es el profesional de la salud, en nuestro caso sería enfermería, ya que tiene la experiencia del cuidado de pacientes en esta patología y ha alcanzado un nivel adecuado de conocimientos y destrezas en aspectos sociales, de comunicación, consejería y educación. (10), (11)

En el caso de la diabetes, los enfermeros serán encargados de realizar tareas como:

- Explicar los factores que desempeñan un papel importante en el control de la diabetes como puede ser el ejercicio, estrés, cirugía y enfermedad.
- Mostrarle los efectos del consumo de tabaco sobre la insulina, recomendando al paciente el abandono de dicho hábito.
- Establecer con el paciente un horario regular en el que él puede hacer ejercicio y actividad e identificar los problemas insulínicos correspondientes.
- Identificar los síntomas de hi-

poglucemia y explicar las causas.

- Enseñar a los allegados como utilizar el glucagón en caso de urgencia.
- Revisar el tipo de insulina basal del paciente y el bolo de insulina según se indique, también como el paciente se administra la insulina y mantiene el equipo. Pedirle también que demuestre el procedimiento para ver si comete errores y poder corregirlos.
- Explicar la programación de la inyección de insulina y las horas de las comidas.
- Explicar los elementos esenciales como cuáles son los intervalos normales de glucosa en sangre y como compararlo con su nivel, el tipo de diabetes que tiene, la relación entre la deficiencia de la insulina y una elevada glucemia para proporcionarle una base de conocimientos a partir de los cuales el paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida.
- Explicar los motivos de la crisis de cetoacidosis para ayudar a evitar recaídas, ya que la concientización puede ayudar al paciente a ser más constante con los cuidados y puede prevenir o retrasar la aparición de complicaciones.
- Mostrarle cómo debe autorrevisarse la glucosa con la sangre de la punta del dedo o de otros lugares como la palma de la mano o brazo y pedir al paciente y allegados que lo hagan ellos varias veces hasta que sean capaces de realizarlo de manera adecuada; enseñarle también cómo comprobar los cuerpos cetónicos en orina cuando la

glucemia es superior a 250 mg/100 ml.

- Explicar el plan dietético, limitando la ingesta de azúcar, grasas, sal y alcohol a consumir carbohidratos, sobre todo aquellos que son ricos en fibra como fruta, hortalizas, cereales integrales; y explicarle formas de comer fuera de casa.
- Revisar el tratamiento farmacológico, incluyendo el inicio, el efecto máximo y la duración de la insulina prescrita, según la necesidad en presencia del paciente y allegados.
- Revisar los valores de glucemia límite del paciente.
- Destacar la importancia y la necesidad de mantener un diario de las glucemias, las dosis y el tiempo de administración de los fármacos, la ingesta dietética, actividad, sentimientos o sensaciones, sucesos vitales.
- Enseñar la importancia de la inspección diaria de los pies y unos cuidados apropiados de los mismos. Demostrar las formas de examinar los pies, inspeccionar los zapatos para holgura y cuidado de uñas y callos. Fomentar el uso de calcetines de fibras naturales.
- Enseñar el uso correcto de la unidad de estimulador nervioso eléctrico transcutáneo. Identificar los temas de seguridad tras un bloqueo local del nervio.
- Descartar la importancia de realizarse revisiones oculares regulares, especialmente en el caso de pacientes que padecen diabetes de tipo I desde hace 5 o más años.

- Disponer de ayuda visual en caso necesario.

- Explicar la función sexual y responder a las preguntas y dudas que puedan formular el paciente y su familia.

- Destacar la importancia del uso de pulseras identificativas.

- Recomendar, leer las etiquetas y evitar los fármacos OTC sin la autorización previa del profesional de la atención a la salud.

- Destacar la importancia de los cuidados de seguimiento.

- Identificar recursos extrahospitalarios tales como American - Diabetic Association, recursos de internet, boletines de noticias de diabetes en red, enfermeras a domicilio, personas de contacto o monitor diabético. (12)

6 Discusión-Conclusión

Después de haber leído los distintos artículos, guías y protocolos para conocer las técnicas de los dos procedimientos y de los cuidados que lleva a cabo enfermería en esta enfermedad, hemos concluido en primer lugar que la medición de glucosa en sangre y la inyección de insulina son unos procedimientos relativamente sencillos que puede realizar el propio paciente en su domicilio, así como también pueden ser realizados por el personal sanitario.

En cuanto a la actuación de enfermería, va dirigida principalmente a la prevención y a la promoción. Pasando desde la

entrevista y la valoración, incluyendo la exploración y la actuación hasta, finalmente, concluir con la enseñanza y la prevención.

Sobre la educación del paciente hemos concluido que el papel de Enfermería es muy relevante, ya que una de sus funciones es explicarle al paciente y a su familia aspectos importantes sobre su enfermedad, porque esto va a favorecer una mejor calidad de vida y prevenir posibles complicaciones de su enfermedad cuando este se encuentre fuera del ambiente hospitalario. También es muy importante enseñarle cómo y cuándo debe aplicarse la insulina y observar si lo hace correctamente.

7 Bibliografía

1. Riffo S, Salazar A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. *Enfermería Global* [Internet]. 2018; (14):1-13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101/34601>.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Madrid: Martino E; Abril 2016 [Abril 2016; 28/03/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>.
3. Richards A, Edwards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2ª edición. Barcelona: Elsevier; 2010.
4. Nathan DM, Delahanty LM. Diabetes, guía práctica para enfermos y familiares. 1ª edición. Barcelona: Paidós; 2009.
5. MedlinePlus (Internet). Revisado en agosto 2015; consultado 26/03/2018. Disponible en: <http://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/diabetes-gestacional.aspx>.
6. Departamento de Fundamentos de Enfermería USC “Prácticas de laboratorio”. Fundamentos de enfermería. Universidad de Santiago de Compostela. Curso 2017/2018.
7. M.L. Valcuende Mantilla. Autoanálisis en la diabetes mellitus. SemFyc [Internet]. 2003 [consultado 03/04/2018]; Volumen ;31(6):394-6. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/13046186_S300_es.pdf.
8. Felicidad Egea A. Romero Estudillo E. Pintos Mota I. et al. Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria. Lugar: Melilla, [consultado 03/04/2018]. Disponible en http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Basica_Enfermeria_Diabetes.pdf.
9. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Vladislavovna Doubova S, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A (et al). Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2009 [28/03/2018]. Disponible en: <https://>

//www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n6/511-517/es.

10. Rosario García, Ronaldo Suárez. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2007. [25/03/2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000100005&script=sci_arttext&tlng=pt.

11. S. Jiménez, F. Contreras, C Fouillioux, A. Bolívar, H. Ortiz. Intervención de enfermería en el cuidado del paciente diabético. *RFM* [Internet]. Marzo de 2001, Caracas. [25/03/2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692001000100005&script=sci_arttext.

12. Doenges ME, Moorhouse MF, AC Murr. Planes de cuidados. 7ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.

Artículo 48

MARAÑA ANORMAL DE VASOS SANGUÍNEOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NORA MOHAMED MOHAMED

FARAH ABDERRAMAN MOHATAR

VICTORIA CASTILLO LÓPEZ

LAILA ASBAI EL OUARIACHI

MAJDA TACHFINE

Una malformación arteriovenosa es una maraña anormal de vasos sanguíneos que conectan arterias y venas, que interrumpe el flujo sanguíneo y la circulación de oxígeno normales. Las arterias son responsables de llevar la sangre oxigenada desde el corazón hasta el cerebro.

1 Palabras clave

TCAE, vasos sanguíneos y venas maraña.

2 Introducción

Cuando una malformación arteriovenosa altera este proceso vital, es

posible que los tejidos circundantes no reciban suficiente oxígeno. Asimismo, debido a que los vasos sanguíneos implicados en la malformación arteriovenosa son anormales, pueden debilitarse y romperse. Si la malformación arteriovenosa está en el cerebro y se rompe, puede causar sangrado en la zona (hemorragia), accidente cere-

brovascular o daño cerebral.

Se desconoce la causa de las malformaciones arteriovenosas. No suelen ser hereditarias.

Una vez diagnosticada una malformación arteriovenosa cerebral, a menudo puede tratarse con éxito para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones. Los síntomas de la malformación arteriovenosa varían según el lugar donde se encuentra. A menudo, los primeros signos y síntomas aparecen después del sangrado. Además del sangrado, algunos de los signos y síntomas son los siguientes:

Pérdida progresiva de la función neurológica.

Dolores de cabeza.

Náuseas y vómitos.

Convulsiones.

Pérdida del conocimiento.

Otros posibles signos y síntomas incluyen los siguientes:

Músculos débiles.

Parálisis en una parte del cuerpo.

Pérdida de coordinación que puede causar problemas con la marcha.

Problemas para realizar tareas que requieren planificación.

Debilidad en las extremidades inferiores.

Dolor de espalda.

Mareos.

Problemas de visión, como perder parte del campo de visión, pérdida de con-

trol de los movimientos oculares o hinchazón de una parte del nervio óptico. Problemas con el habla o la comprensión del lenguaje.

Sensaciones inusuales, que incluyen entumecimiento, hormigueo o dolor repentino.

Pérdida de la memoria o demencia.

Alucinaciones.

Confusión.

3 Objetivos

El objetivo del artículo es hablar sobre la malformación arteriovenosa, que es un lío de venas para entenderlo, sus síntomas, diagnóstico y tratamiento.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del Técnico en laboratorio. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como Técnico en laboratorio.

5 Resultados

Una malformación arteriovenosa puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero los lugares comunes son el cerebro y la médula espinal (aunque,

en general, las malformaciones arteriovenosas cerebrales son poco frecuentes).

La causa de las malformaciones arteriovenosas cerebrales no está clara. La mayoría de las personas nace con ellas, pero se pueden formar más adelante en la vida. No suelen ser hereditarias.

Algunas personas con malformación arteriovenosa cerebral manifiestan signos y síntomas, como dolores de cabeza y convulsiones. Por lo general, una malformación arteriovenosa se detecta después de una exploración del cerebro que se hace originalmente por algún otro problema de salud o después de que los vasos sanguíneos se rompen y sangran (hemorragia).

Una vez diagnosticada, una malformación arteriovenosa puede tratarse para prevenir complicaciones, como daño cerebral o accidentes cerebrovasculares.

Es posible que una malformación arteriovenosa cerebral no produzca signos ni síntomas hasta que se rompa y genere una hemorragia. En aproximadamente la mitad de todas las malformaciones arteriovenosas cerebrales, la hemorragia es el primer signo.

Los signos y síntomas de una malformación arteriovenosa cerebral pueden aparecer a cualquier edad, pero suelen presentarse entre los 10 y los 40 años. Con el tiempo, las malformaciones arteriovenosas pueden dañar el tejido cere-

bral. Los efectos se acumulan lentamente y, con frecuencia, producen síntomas a principios de la adultez.

Sin embargo, en la mediana edad, las malformaciones arteriovenosas cerebrales tienden a permanecer estables y es menos probable que produzcan síntomas.

En las investigaciones no se ha comprobado que el embarazo aumente el riesgo de sufrir hemorragia en las personas con una malformación arteriovenosa cerebral. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones.

Un tipo grave de malformación arteriovenosa cerebral es el que afecta la vena de Galeno. Provoca signos y síntomas que aparecen poco o inmediatamente después del nacimiento. Los vasos sanguíneos más importantes que se ven afectados en este tipo de malformación arteriovenosa cerebral pueden hacer que se acumule líquido en el cerebro y se hinche la cabeza. También puede causar hinchazón de las venas que se pueden ver en el cuero cabelludo, convulsiones, retraso en el desarrollo e insuficiencia cardíaca congestiva

6 Discusión-Conclusión

Una malformación arteriovenosa cerebral es una maraña de vasos sanguíneos que conectan las arterias y las venas del cerebro.

Las arterias llevan la sangre oxigenada desde el corazón hasta el cerebro. Las venas transportan la sangre sin oxígeno de nuevo a los pulmones y al corazón. Una malformación arteriovenosa cerebral altera este proceso vital.

La causa de las malformaciones arteriovenosas cerebrales no está clara. La mayoría de las personas nace con ellas, pero se pueden formar más adelante en la vida. No suelen ser hereditarias.

Una vez diagnosticada, una malformación arteriovenosa puede tratarse para prevenir complicaciones, como daño cerebral o accidentes cerebrovasculares.

7 Bibliografía

1. Google académico.

Artículo 49

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ATUENDO DE EL PERSONAL DE UN HOSPITAL

FARAH ABDERRAMAN MOHATAR

MAJDA TACHFINE

NORA MOHAMED MOHAMED

VICTORIA CASTILLO LÓPEZ

LAILA ASBAI EL OUARIACHI

El uniforme médico o bata de trabajo, que se creó como elemento de protección para el entorno laboral, en la actualidad tiene un significado más allá.

Ya no se trata únicamente de protección, la ropa de trabajo también supone un “Símbolo de estatus”, una forma de proyectar la personalidad y profesionalidad de un médico, lo que es una cualidad muy importante en el mundo sanitario, sobre todo al momento de tratar con pacientes

1 Palabras clave

- TCAE.
- Hospital.
- Uniforme.

2 Introducción

Cuando una persona tiene en sus manos algo tan delicado como la salud de los pacientes, estar vestido de manera inadecuada o llevar un uniforme su-

cio o descuidado, corre el riesgo no solo de perder ese paciente, sino de generarle una sensación de desconfianza, miedo, incertidumbre, etc. y poner en peligro la imagen de la empresa.

Por esa razón, cada vez son más las clínicas que implementan uniformes sanitarios, buscando un rasgo diferenciador de estilo, uniformes modernos, con diseño y de calidad, pues además de brindar una mejor impresión y facilitar las actividades diarias de los empleados, son capaces de influir en el momento de atender a un paciente.

El uso de un buen uniforme, con el que el trabajador se encuentre cómodo y por qué no, también, guapo o elegante eleva su nivel de confianza, cambia la percepción del resto de la gente e incluso aumenta su capacidad de pensamiento abstracto.

Los uniformes médicos proporcionan diferentes ventajas al portarlos de manera correcta, que van desde la presentación ante un paciente hasta la protección contra bacterias. Entre ellas tenemos:

Higiene, protección y seguridad: Su principal función es de protección al especialista y al paciente de la propagación de infecciones. Ofrece una barrera de protección contra diferentes tipos de fluidos y sustancias químicas.

3 Objetivos

Con este artículo el objetivo es dar a conocer la importancia de un buen atuendo o uniforme y dependiendo de la sección o planta se utiliza un color o tela o de usar y tirar.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Resultados

Las casacas son una de las prendas más utilizadas en todo el sector sanitario. Cuentan con tejidos transpirables y antibacterianos. Además de las tradicionales casacas blancas, existen muchos tipos y colores. Los modelos con estampados se han popularizado en los últimos años.

Contar con un pantalón médico de calidad es primordial. Lo más importante a tener en cuenta a la hora de elegir el pantalón sanitario es la comodidad. Debe buscarse flexible y resistente. Se recomienda que sea anti fluidos e

impermeable y que, además, ofrezca buena transpiración.

Debe estar elaborado en materiales que reduzcan la propagación de infecciones aéreas.

Que permita la higiene de las manos de forma eficiente.

Que sea cómodo para el movimiento del usuario.

Debe ser un tejido hipoalergénico.

De fácil lavado, resistencia al sol y a sustancias químicas.

Lo más importante al elegir este conjunto de casaca y pantalón, es que el tejido sea el menos propenso a la propagación de microorganismos, que no produzca estática (para evitar posibles explosiones), sea resistente a sustancias químicas y de colores azul o verde para contribuir con la estética visual del sector. En la actualidad uno de los textiles más utilizados es la tela drill (compuesta con fibra vegetal, algodón y spandex), cuya resistencia a los lavados y la exposición en el trabajo es la más recomendada. Asimismo, es esencial que consideres las funciones que realizas a diario al momento de elegir el tipo de pijama sanitario que te conviene. Cada uno está adecuado a un uso distinto, por esta razón existen diseños de manga larga o corta, con cremallera frontal o botones.

En una de las medidas de precaución más elementales utilizadas en el sector sanitario para evitar la propagación de virus y bacterias a través de la ropa, es depositar la vestimenta en bolsas plás-

ticas destinadas a dicho fin. En caso de que el uniforme haya sido utilizado en una zona de aislamiento, las precauciones serán mucho mayores. En estos casos se deposita la ropa en bolsas impermeables debidamente identificadas y se evita su contacto con el exterior.

6 Discusión-Conclusión

Cuando una persona tiene en sus manos algo tan delicado como la salud de los pacientes, estar vestido de manera inadecuada o llevar un uniforme sucio o descuidado, corre el riesgo no solo de perder ese paciente, sino de generarle una sensación de desconfianza, miedo, incertidumbre, etc. y poner en peligro la imagen de la empresa.

El uso de un buen uniforme, con el que el trabajador se encuentre cómodo y por qué no, también, guapo o elegante eleva su nivel de confianza, cambia la percepción del resto de la gente e incluso aumenta su capacidad de pensamiento abstracto.

Higiene, protección y seguridad: Su principal función es de protección al especialista y al paciente de la propagación de infecciones.

7 Bibliografía

1. Google académico.

Artículo 50

QUE HACER TRAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VICTORIA CASTILLO LÓPEZ

NORA MOHAMED MOHAMED

FARAH ABDERRAMAN MOHATAR

LAILA ASBAI EL OUARIACHI

MAJDA TACHFINE

Los cuidados post RCP están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada, así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia o reperfusión secundarias de una la misma.

1 Palabras clave

RCP, TCAE, síntomas, cuidados, reanimación y oxígeno al cerebro.

2 Introducción

Estos cuidados se iniciarán en el momento de la recuperación de circula-

ción espontánea. Los principales objetivos de los cuidados postresucitación son:

Prevenir y tratar las causas de la PCR.
Conseguir una oxigenación y ventilación óptima.
Mantenimiento de una presión de perfusión tisular adecuada.
Prevenir las causas que incrementen la

lesión cerebral.

En el caso de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con elevación de ST, decidir la estrategia de reperfusión coronaria.

Decidir traslado asistido a centro útil.

Los cuidados postresucitación incluyen los cuidados del síndrome postparada cardíaca (SPPC). Este síndrome se puede definir como la entidad clínica producida al aplicar maniobras de resucitación en una parada cardíaca mediante las cuales conseguimos RCE.

El SPPC incluye:

Lesión cerebral postparada cardíaca: principal causa de morbimortalidad tardía. Puede producirse la exacerbación por un fallo en la microcirculación, deterioro de la autorregulación, hipercapnia, hipo/hiperoxemia, hipotensión, hipo/hiperglucemia y/o convulsión.

Disfunción miocárdica: Causa de la mayoría de las muertes en los primeros momentos (hasta 3 días). Si la causa de la PCR no es cardíaca, la disfunción miocárdica responde bien al tratamiento (2-3 días).

Respuesta sistémica por isquemia/daño por reperfusión: la falta de oxígeno tisular que se produce durante la PCR activa las vías inmunes y disminuye los factores de la coagulación, esto contribuye a que se produzca un fallo multiorgánico y a un aumento del riesgo de infección. Comparte características en común con la sepsis: depleción del volumen intravascular, vasodi-

latación, lesión endotelial y alteración de la microcirculación.

Persistencia de la patología precipitante.

3 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los cuidados que se le dan a los pacientes después de ser reanimados, observarlo, monitorizarlo, etc.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos, los cuales están incluidos en la bibliografía, sobre la actuación del TCAE. Para ello se han consultado bases de datos científicas tales como: el buscador Google Académico. Se establecieron filtros de búsqueda tales como TCAE.

5 Resultados

Tras las primeras 24 horas, si el paciente no presenta hipotermia, hipoxia ni hipotensión; y no está bajo los efectos de relajantes musculares ni sedantes, se debería realizar una exploración neurológica completa como predictor de mal pronóstico:

Ausencia de reflejo vestíbulo-ocular.

Presenta mioclonías.

Una puntuación menor de 5 en la escala de coma de Glasgow 72 horas después

de producirse la PCR.

En el caso de que el paciente presente hipotermia debemos esperar 72 horas para realizar la valoración neurológica. Si la evolución es a muerte cerebral, considerar la donación.

Es necesario recordar que el objetivo terapéutico de la reanimación cardiopulmonar es restaurar precozmente la función cardíaca para así preservar la función cerebral, teniendo como meta última resucitar a un paciente que sea capaz de tener por lo menos las funciones básicas fundamentales, ya que resulta poco alentador sacar al paciente con signos vitales, pero que desde el punto de vista funcional es una carga para la familia, para el grupo médico y para el sistema de salud, lo que probablemente pudo haberse evitado.

Los resultados de la reanimación cardiopulmonar son absolutamente diferentes dependiendo si el paro cardiorrespiratorio (PCR) se origina en el ambiente extrahospitalario o en el intrahospitalario.

Desde el punto de vista del personal no médico, debemos recordar entrenar a la población para que cualquier transeúnte que se encuentre con una situación de emergencia sepa cuándo llamar: si llamar de inmediato o primero reanimar y después llamar, y a quién llamar. Suponiendo que las personas tienen estos conceptos, se ve que la reticencia del público general se debe al riesgo de adquirir enfermedades infecciosas mediante el contacto boca a

boca para la ventilación y las posibles implicancias médico-legales de sentirse inculcado por impericia

6 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del personal no médico, debemos recordar entrenar a la población para que cualquier transeúnte que se encuentre con una situación de emergencia sepa cuándo llamar: si llamar de inmediato o primero reanimar y después llamar, y a quién tenemos que llamar.

Estos cuidados se iniciarán en el momento de la recuperación de circulación espontánea. Prevenir las causas que incrementen la lesión cerebral. Los cuidados postresucitación incluyen los cuidados del síndrome postparada cardíaca. Este síndrome se puede definir como la entidad clínica producida al aplicar maniobras de resucitación en una parada cardíaca mediante las cuales conseguimos RCE.

7 Bibliografía

1. Google académico.

Artículo 51

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

BARBARA MOGOLLON FERNANDEZ

LUCÍA GARCÍA VIDAL

- Introducción:

La Anorexia Nerviosa (AN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) caracterizado por una preocupación excesiva sobre la imagen corporal y miedo al incremento de peso. La AN constituye un gran problema de salud pública, siendo el trastorno mental más frecuente en mujeres jóvenes, así como el TCA con mayor índice tanto de cronicidad como de mortalidad.

- Objetivos:

Conocer el papel de la enfermería en el abordaje de la AN.

- Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes primarias y secundarias.

- Desarrollo:

La enfermería juega un papel fundamental en el abordaje clínico de la AN, pero también en su prevención. La edad de comienzo típicamente adolescente, momento en el cual la prevención es todavía escasa y poco investigada.

- Conclusiones:

La AN es el trastorno mental más frecuente en mujeres jóvenes y su mortalidad alcanza el 10%. Debido a su prevalencia y tendencia a la cronicidad, resulta fundamental implementar medidas de prevención en todos los niveles de intervención y contextos posibles, donde la enfermería desarrolla un papel fundamental.

- Palabras clave:

“Anorexia nerviosa”, “intervenciones de enfermería”, “tratamiento no farmacológico”, “trastornos de alimentación”, “salud mental”, “educación para la salud”, “promoción de la salud”.

1 Palabras clave

“Anorexia nerviosa”, “intervenciones de enfermería”, “tratamiento no farmacológico”, “trastornos de alimentación”, “salud mental”, “educación para la salud”, “promoción de la salud”.

2 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de alteraciones potencialmente graves caracterizadas por la excesiva preocupación por la imagen corporal y el miedo intenso a ganar peso, lo que se ha relacionado con la delgadez, la belleza y el éxito social.

La anorexia nerviosa (AN) es el trastorno mental más frecuente en mujeres adolescentes, aunque en los últimos años se ha observado un aumento progresivo en el sexo masculino. A su vez, es el trastorno de la conducta alimentaria con mayor cronicidad y mortalidad en mujeres jóvenes, siendo, el único trastorno mental que puede llevar a la muerte, con preocupantes tasas de entre el 8% y el 10%, especialmente si está asociada a comorbilidad somática o psiquiátrica. Entre las comorbilidades psiquiátricas destacan la ansiedad, la depresión o los trastornos de la personalidad. Las personas con AN luchan contra una imagen corporal distorsionada que les lleva a percibirse subjetivamente con un volumen superior al

que otras personas observan. Muestran miedo intenso a aumentar de peso, pese a los riesgos para la salud que conlleva el infrapeso, como la desnutrición, el retraso del crecimiento, o la reducción de la masa ósea, entre otros.

Por otro lado, la asociación de la AN con altas tasas de ingreso hospitalario, largas estancias en el hospital, mayores costes sanitarios y graves secuelas físicas, psicológicas y sociales, lo convierten en un importante problema social y de salud.

Dadas las altas tasas de mortalidad y morbilidad que asocia la AN, es necesario destacar el papel de la enfermería en la prevención, tratamiento y cuidado de la AN, siempre desde una perspectiva multidisciplinar en un contexto de intervenciones intersectoriales que incluyan la salud o la educación, entre otros. Con este fin es imprescindible un mayor conocimiento del problema y del rol que puede desempeñar la enfermera en su abordaje, objetivo principal del presente trabajo.

3 Objetivos

- Conocer el papel de la enfermera en la prevención y abordaje de la anorexia nerviosa.
- Mostrar las intervenciones de enfermería en el tratamiento y cuidados de la AN.

4 Metodología

El procedimiento utilizado para realizar este trabajo fue una revisión bibliográfica rigurosa y exhaustiva de fuentes documentales basadas en la evidencia científica. El periodo de búsqueda estuvo comprendido entre los meses de enero hasta abril del 2020. Se realizó una búsqueda preliminar libre en el buscador de Google con objeto de adquirir mayor conocimiento inicial de cara a establecer con mayor precisión los objetivos. Los términos utilizados fueron: “anorexia nerviosa”, “intervenciones de enfermería”, “tratamiento no farmacológico”, “trastornos de alimentación”, “salud mental”, “educación para la salud”, “promoción de la salud”.

Tras establecer los objetivos, se efectuó la búsqueda en distintos recursos utilizando lenguaje controlado, es decir, los Descriptores de Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Headlines (MeSH).

5 Resultados

El perfil de las personas que sufren AN es una mujer joven de clase media-alta, perfeccionista y autoexigente, con alto nivel intelectual y una conducta restrictiva en la ingesta. Se ha descrito la existencia de dos picos de incidencia entre los 14-15 años y los 18-19 años, sin embargo, el principal rango de edad de pacientes con AN es entre los 15 y los

19 años.

El ideal de belleza femenino está culturalmente impuesto y el éxito social actualmente se asocia con la delgadez. Numerosos medios de comunicación contribuyen a fortalecer estos cánones de belleza, idealizándolos y difundiéndolos como el mayor nivel a alcanzar respecto a la belleza, como sucede en la industria cinematográfica o de la moda. Otro claro ejemplo son las revistas dirigidas a mujeres, dado que están repletas de mensajes y consejos para el control de peso, dietas “mágicas”, o ejercicios y hábitos de vida para intentar conseguir determinadas figuras corporales.

Los estudios epidemiológicos sobre AN en España surgieron a partir de 1990 y los actuales manifiestan que la AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en las adolescentes. La prevalencia en España de la asociación de AN y BN se encuentra entre el 2,76% y el 5,3%, siendo ambos los trastornos más comunes de los TCA. Respecto al género, por cada diez mujeres que sufren AN, solo un hombre la padece, dato constante a nivel mundial.

Los pacientes con AN presentan una gran prevalencia de comorbilidad física y psiquiátrica y por ello el aspecto más importante en el que hay que incidir es en la prevención y en la detección precoz del trastorno en la población infantil y juvenil, como un elemento nece-

sario en la planificación de salud mental. Uno de los objetivos principales de la enfermería comunitaria es la prevención primaria para intentar reducir la incidencia y prevenir la aparición de nuevos casos. Para ello se utiliza como herramienta fundamental la educación para la salud (EpS), ya que proporciona los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para afrontar la situación. Con la EpS se afrontan factores determinantes, se refuerzan los factores de protección y disminuyen los factores de riesgo, siendo los centros escolares unos escenarios de intervención. También hay que tener en cuenta la población de riesgo por su tipo de actividad desarrollada (deportistas, bailarinas, gimnastas, modelos, etc.) y en sus profesores, monitores o tutores. Los niveles asistenciales donde se pueden desarrollar actividades educativas son: escuelas e institutos, centros culturales y centros de deporte.

6 Discusión-Conclusión

Dadas las altas tasas de mortalidad y morbilidad que asocia la AN, es necesario destacar el papel de la enfermería en la prevención, tratamiento y cuidado de la AN, siempre desde una perspectiva multidisciplinar en un contexto de intervenciones intersectoriales que incluyan la salud o la educación, entre otros. Con este fin es imprescindible un mayor conocimiento

del problema y del rol que puede desempeñar la enfermera en su abordaje, objetivo principal del presente trabajo.

Los pacientes con AN presentan una gran prevalencia de comorbilidad física y psiquiátrica y por ello el aspecto más importante en el que hay que incidir es en la prevención y en la detección precoz del trastorno en la población infantil y juvenil, como un elemento necesario en la planificación de salud mental. Uno de los objetivos principales de la enfermería comunitaria es la prevención primaria para intentar reducir la incidencia y prevenir la aparición de nuevos casos.

7 Bibliografía

1. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr Hosp* 2018; 35 (2): 489-494.
2. Quinta Aguza C, Cabello Fernández ME, Martínez Cabello V, Jiménez García A, Payán Rivera P, Sánchez Moreno R. Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(2): 4-78.

3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sociedad Madrileña de Enfermería de Atención Primaria; 2008.
4. Benítez AM, Sánchez S, Bermejo ML, Franco L, García-Herráiz MA, Cubero J. Análisis del riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Revista electrónica Enfermería Global*. 2019; 54.
5. E Davis L, Attia E. Recen advances in therapies for eating disorders [versión 1; peer review: 2 approved]. *F1000 Faculty Rev*. 2019.
6. Fernández Lora R, Valdés-Díaz M. Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez. *JONNPR*. 2019;4(9):887-909.
7. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need- Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2019; 11: 1932.
8. Kelly-weeder S, Kells M, Jennings K, Dunne J, Wolfe B. Procedures and Protocols for Weight Assessment During Acute Illness in Individuals With Anorexia Nervosa: A National Survey. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2018; 24 (3): 241-246.

Artículo 52

DIAGNÓSTICO DE HIPERTESIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA GARCÍA VIDAL

BARBARA MOGOLLON FERNANDEZ

- Introducción:

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia mundial. El rol de los profesionales de enfermería es la de ayudar a sus pacientes a conseguir su bienestar físico, mental y social. Esta labor se ve más acentuada en los dentro de los Equipos Asistenciales de Atención Primaria.

- Objetivos:

Establecer los métodos diagnósticos empleados por enfermería para diagnosticar hipertensión arterial

Metodología: Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos y publicaciones académicas revisadas.

- Resultados y Conclusiones:

El papel de los profesionales de enfermería es fundamental en el diagnóstico y seguimiento del paciente que padece hipertensión arterial desde los servicios de Atención Primaria. El método más fiable de diagnóstico de la hipertensión arterial es la monitorización ambulatoria de la presión arterial.

1 Palabras clave

Hipertensión Arterial, Educación para la salud y Enfermería.

2 Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia

mundial, principalmente en la población de 20 a 70 años de edad, siendo muchos los que desconocen que la padecen. Una hipertensión mantenida en el tiempo supone un riesgo vital a nivel cardiovascular, cerebrovascular y renal, provocando un aumento de la morbilidad mundial. Además, es la mayor causa de mortalidad y morbilidad perioperatoria, en conjunta de la cardiopatía isquémica y las valvulopatías.

El rol de los profesionales de enfermería es la de ayudar a sus pacientes a conseguir su bienestar físico, mental y social. Esta labor se ve más acentuada en los dentro de los Equipos Asistenciales de Atención Primaria, donde la enfermera desarrolla las actividades asistenciales, tanto en el centro, como en los domicilios del paciente; con el objetivo de aumentar la prevención de enfermedades y educación para la salud a la comunidad. Es por esto mismo que la hipertensión arterial sistémica, al ser uno de los factores de riesgo cardiovascular con mayor prevalencia, se invierten recursos humanos en su atención en los servicios de Atención Primaria. Siendo la enfermera un elemento fundamental a la hora realizar un diagnóstico precoz y un correcto seguimiento de la tensión.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las distintas clasificaciones de la hipertensión arterial.

Objetivos secundarios:

- Establecer los métodos diagnósticos empleados por enfermería para diagnosticar hipertensión arterial.
- Determinar las pautas principales de tratamiento de la hipertensión.

4 Metodología

Para la elaboración de la presente publicación se ha realizado una búsqueda sistemática y metódica de varios artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo. Finalmente, seleccionando ciertos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas que se encontraban dentro de los parámetros de inclusión.

5 Resultados

Se define hipertensión arterial, según la OMS, a valores superiores o iguales a: 140 la tensión sistólica y 90 la tensión diastólica. Una de las clasificaciones más conocidas es la European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) 2018, que establecen los siguientes valores de presión sistólica/diastólica respectivamente en la siguiente calificación: Óptima 120/80, Normal 120-129/80-84, Normal alta 130-139/85-89, Grado I 140-159/90-99, Grado II 160-179/100-109, Grado III >180/>110.

A la hora de diagnosticar HTA en la consulta de enfermería se deben emplear métodos como la medición en consulta, la auto medición en de TA en el domicilio o AMPA, la monitorización ambulatoria de la PA o MAPA.

La toma de la tensión arterial en la consulta, esta debe realizarse con material correctamente calibrado y homologado, debemos esperar de 3 a 5 minutos antes de realizar la toma, y siempre se dejará 1-2 minutos entre ella. Siendo la cifra definitiva la media de los dos últimos valores, y solo se repetiría una tercera en caso de que haya habido una diferencia mayor a 10 mmHg entre ambas mediciones. Debemos comunicar a los pacientes que durante las tomas, es muy importante no moverse, ni hablar.

Para realizar una correcta auto medición de la TA en el domicilio, es importante una correcta educación por parte de la enfermera. Para realizar un diagnóstico fiable, los pacientes deberán realizar la toma de la TA durante 7 días consecutivos, mínimo 3, con dos mediciones por la mañana y os por la noche, separadas entre ellas de 1 a 2 minutos. Es importante recalcar que la toma tiene que realizarse antes de tomar la medicación y antes de comer. Y una vez el paciente está bien controlado, se podrá pasar una medición por semana o cada dos semanas. Este método es muy eficaz dado que nos permite las hipertensiones de bata blanca que se puedan ocasionar con la medición de a

Ta en consulta.

Y por último, la monitorización ambulatoria de la PA o MAPA. Esta consiste en un dispositivo automático y programado para medir la PA en intervalos regulares de tiempo durante 24 horas, permitiendo observar la PA durante el ciclo de actividad y descanso del paciente. El MAPA es el método más recomendado para diagnósticas HTA a los pacientes, sobre todo en aquellos que sufren de HTA de bata blanca o HTA enmascarada. El MAPA se suele realizar en día laborable, con medidas recomendadas cada 20 minutos por el día y cada 30 minutos por la noche. Es importante que la enfermera coloque el manguito en el brazo no dominante y marcar la arteria braquial, para que el paciente pueda recolocar el manguito en caso de que se descoloque. Es muy importante que el paciente no conduzca ese día, ni tampoco se duche, y sería muy recomendable realizar un registro de las horas de sueño, medicaciones y cualquier síntoma que pudiera padecer durante las siguientes 24 h de su colocación.

6 Discusión-Conclusión

El papel de los profesionales de enfermería es fundamental en el diagnóstico y seguimiento del paciente que padece hipertensión arterial desde los servicios de Atención Primaria. Además, la enfermera tiene un rol importante en la

educación sanitaria, dado que es la que explica cómo realizar una correcta medida de la tensión arterial, así como en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Los principales métodos diagnósticos de la hipertensión arterial son realizados por la enfermera y son: la medición en consulta, la auto medición de la tensión arterial en el domicilio o AMPA y la monitorización ambulatoria de la presión arterial o MAPA; siendo la monitorización ambulatoria la más recomendable de todas para establecer un diagnóstico fiable.

rial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Revista Española de Salud Pública. 2011; 85(4):329-338. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400002.

7 Bibliografía

1. Miguel Soca PE; Sarmiento Teruel Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Acimed [Internet]. 2009; 20 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-943520090009000007.
2. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redon Mas J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud pública [Internet], 2016; 90(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406.
3. Ortiz Marrón H, Vaamonde Martín R, Zorrilla Torrás B, Arrieta Blanco F, Casado López M, Medrano Albero M. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arte-