Revista Científica

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 86, Año XXI- 2014

Colegio de Enfermería de Sevilla

EL MODELO DE RECUPERACIÓN EN CONTRA DEL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) GRADO I-II EN TRATAMIENTO CON APÓSITOS HIDROCOLOIDES

PERFIL DEL USUARIO DE PIERCING

GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN BEBES Y NIÑOS PEQUEÑOS

AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA EN UN PIE DIABÉTICO

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

REVISIÓN Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL TRASTORNO BIPOLAR

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1er RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5 MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querella o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

CUARTO: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

QUINTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.
Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

FORMACIÓN INVESTIGADORA EN ENFERMERÍA

Para la realización de cualquier investigación es necesario previamente hacer una revisión bibliográfica, que va a ayudarnos a tener una visión exacta sobre lo que se ha hecho sobre el tema, nos permite conocer el estado de la cuestión y nos sirve como antecedente que fundamenta el estudio y que en definitiva es el verdadero punto de partida de nuestro trabajo.

También expone de forma breve los trabajos relacionados con el tema, reconoce lo que han realizado otros autores y las conclusiones a las que han llegado. Puede orientar al lector a profundizar sobre el estudio en su totalidad o en aspectos que considere más relevantes. Otorga consistencia a las opiniones expresadas por el autor en el informe final del trabajo e identifica las fuentes originales donde se han obtenido los conceptos, métodos, etc. y basado el posterior desarrollo de la investigación.

Es un paso importante dentro del proceso de investigación científica, previo y necesario para la correcta formulación del problema a investigar, nos ayuda a formular la pregunta del estudio y a la elaboración del marco conceptual.

En la época pre-informatica para validar un búsqueda bibliográfica era necesario realizar un trabajo extraordinario que consistía en líneas generales en visitar numerosas instituciones, bibliotecas, escoger artículos de revistas, libros, manuales, fotocopiar, marcar, hacer fichas, esquemas, historiales, etc. y a veces la dificultad para encontrar trabajos útiles era extrema y requería un tiempo considerable hasta que se disponía del trabajo solicitado; reservado a aquellas personas que tenían a su alcance los medios necesarios para poder solicitarlos (especialmente los relacionados con la docencia), los demás profesionales estaban prácticamente obligados a no intentarlo.

Actualmente este elemento fundamental dentro del proceso de una investigación original se ha convertido en un procedimiento menos complicado físicamente pero desde la revolución informática se ha producido una explosión informativa que ha ocasionado que se pueda realizar la búsqueda bibliográfica desde cualquier sitio, ya no es necesario tantos desplazamientos ahora nos desplazamos virtualmente por la red. Pero también ha supuesto que la vida media de los conocimientos biomédicos sea cada vez más corta y aumente de forma exponencial la necesidad de una nueva información. En cierta medida y sobre todo los docentes e investigadores se ven forzados a publicar artículos originales y libros que pueden llegar a saturar el panorama de literatura científica y que finalmente lo leen pocas personas y en muchos caso solo los resúmenes o abstracts.

Ahora nos encontramos ante un exceso de información que puede llegar a ser contraproducente, algunos autores hablan de infoxicación o intoxicación informacional (intoxicación por exceso de información). Ante esta situación es necesario disponer de una metodología para saber dónde buscar, que buscar, como buscar y poder obtener unos resultados adecuados, si no queremos quedar atrapados en el intento.

Para no perdernos ante esta situación un paso importante es tener en cuenta que no todas las fuentes proporcionan el mismo tipo de información. Según el grado de sintetización las podemos clasificar en primarias que contiene información original (originales que transmiten una información directa, como son casi exclusivamente los artículos originales de revistas científicas) que ha sido publicada por primera vez, sin haber sido evaluados o interpretados. Secundarias, las que recopilan o hacen referencia a la información de los documentos primarios y los describen, sintetizan y reorganizan, como son las bases de datos bibliográficas, los catálogos, revisiones sistemáticas, etc. y las terciarias, como las guías que sintetizan la información contenida en las fuentes primarias y secundarias, así los tesauros.

Pero en este entramado de redes, Internet no selecciona la información, solo se tiene acceso al verdadero conocimiento cuando se conocen las bases de datos fiables y se realiza un buen uso de internet. En palabras de Umberto Eco, internet es peligroso para los ignorantes y útil para los sabios –no filtra el conocimiento y atasca la memoria del usuario (Ssociologos.com, de Milàn L.A.).

Afortunadamente en la actualidad los enfermeros y las enfermeras en formación cuentan en su programa docente con créditos formativos suficientes dirigidos disciplinarmente o de forma transversal para dotarlos de las herramientas necesarias para su capacitación en esta materia. De lo contrario podríamos perdernos en este entramado científico literario y encontrarnos ante la aludida infoxicación y llevarnos a la más absoluta de las incertidumbres.

Esta formación se culmina en el Trabajo Fin de Grado (TFG) orientado a la evaluación de las competencias asociadas al título de Enfermero/a y que se concreta con la elaboración, presentación y defensa de un TFG que se realiza en la fase final del plan de estudios y con la finalidad de valorar las competencias adquiridas por el alumnado a lo largo de la carrera.

En este proceso la estudiante será tutelada efectiva, académica y profesionalmente, y contará con el reconocimiento y protección de la propiedad intelectual. Trabajo que se presentará ante una comisión evaluadora y siempre se desarrollará bajo la supervisión de un Tutor o Tutora.

Estas actividades formativas (6 créditos ECTS, 10 horas de actividades presenciales y 50 horas de no presenciales) van dirigidas a la adquisición de competencias transversales y específicas, integrando habilidades para la búsqueda, análisis y síntesis de información. Y se desarrolla mediante determinación del problema u objeto de estudio, previa recopilación de información. Realización de una búsqueda bibliográfica sistematizada y organizada y finalmente la elaboración del documento final para su presentación y defensa.

La presentación y defensa del trabajo se hará en sesión pública. Se dispone de 10 minutos de duración máxima para la exposición y pudiendo utilizar los medios audiovisuales que el alumno considere oportuno. Posteriormente la comisión evaluadora formulará las preguntas u objeciones que estime oportunas.

Afortunadamente de esta forma y a través de los nuevos planes de estudio derivados de la aplicación del espacio europeo de educación superior, los enfermeros y enfermeras comienzan a salir de las Facultades de Enfermería con la capacitación docente en técnicas de investigación.

Jose Roman Oliver, Enfermero.

HYGIA

Nº 86

2er Cuatrimestre de 2014

EDITA
Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR
José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA
María Pilar Cordero Ramos

DIRECCIÓN TÉCNICA
José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN
Comisión Ejecutiva

TIRADA
9.000 ejemplares

ISSN
1.576-3056

DEPÓSITO LEGAL
SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN
Avda. Ramón y Cajal, 20
Telf.: 954 93 38 00
Fax: 954 93 38 03
Página Web:
www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo Electrónico: colegio@icoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN
Tecnographic, S.L.
Telf. 95 435 00 03
Fax 95 443 46 24

Autora: Blanca Fernández Domínguez

Nº colegiada: 16207

Cámara: Nikon D60

Sumario

5 PERFIL DEMOGRÁFICO Y UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES QUE SOLICITAN UNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
Díaz Viejo, M. J.; Ramírez Gavilán, L. García Díaz, A.

8 EL MODELO DE RECUPERACIÓN EN CONTRA DEL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL
Caballero Guerrero, M. J.; López Sánchez, O.; Luque-Romero Sánchez, M.

15 LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN CARDIOLOGÍA
García Barrera, Mª. de G.

20 MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) GRADO I-II EN TRATAMIENTO CON APÓSITOS HIDROCOLOIDES
Martínez Martínez, L.; Carrasco Cejudo, Mª. Á.

24 PERFIL DEL USUARIO DE PIERCING
García Castillo, N.; Basso Ruiz, C. Mª.

28 GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN BEBES Y NIÑOS PEQUEÑOS
Garzón Sánchez, N.; Zapata Sampedro, M. A.; Sevillano Briones, R.

35 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE CERUMEN DE LOS OÍDOS UTILIZADO EN LA CLÍNICA DE FÁTIMA
Arjona Barcia, F. J.; Martínez Pérez, F.J.; Garrido Fernández, I. B.; Pérez Merino, J. A.; Fernández Pérez, A.; García García, M.

39 AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA EN UN PIE DIABÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO
Carrasco Muñiz, S.

45 NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS
Toro López, J. R.; Toro Solís, A. J.; Cotos Expósito, A.

51 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CINTURÓN PÉLVICO TRAS FACTURA INESTABLE DE PELVIS
Granados Cordero, J.;Ángel Rueda, M.; García Martín, F.J. Pérez Torres, I.; Yáñez Isidro, S.

55 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO EN CIRUGÍA HEPÁTICA
Morano Iglesia, V.

60 REVISIÓN Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL TRASTORNO BIPOLAR
Gallardo Carrasco, M.C.

66 HELYCOBACTER PYLORI, DETECCIÓN DE UNA BACTERIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL. (TEST DE ALIENTO O UREASA)
Romero González, C. Cruz García, Mª E.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en la base de datos "CUIDEN" y "ENFISPO"

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.
La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

PERFIL DEMOGRÁFICO Y UTILIZACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES QUE SOLICITAN UNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DEMOGRAPHIC PROFILE AND USE OF FAMILY PLANNING PROGRAM OF WOMEN REQUESTING AN ABORTION

- **María Jesús Díaz Viejo**[1]
- **Leonor Ramírez Gavilán**[2]
- **Alejandro García Díaz**[3]

[1]Enfermera de familia. Centro de Salud "El Alamillo" (Sevilla).
[2]Matrona. Hospital de la Mujer "Virgen del Rocío" (Sevilla).
[3]Enfermero de familia. Centro de Salud "El Alamillo" (Sevilla).

Resumen

El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) ha aumentado de forma muy importante en Andalucía en estos últimos años. Es importante conocer el impacto de la inmigración en esta realidad. Objetivos: Conocer la edad media y nacionalidad de las mujeres que solicitan una IVE en un centro de salud, y en qué porcentaje utilizaban el Programa de Planificación Familiar (PF). Método: estudio observacional descriptivo, accediendo al número de solicitudes registradas (n=37) en el primer trimestre de 2012 en el centro de salud "El Alamillo· (Sevilla), y a los datos de utilización del programa de PF. Resultados: La edad media fue ±29,8 años. El 61,38 % de las mujeres eran inmigrantes. Un 45,94% estaban incluidas en el programa de PF antes de decidir abortar, frente a un 51,35% que no lo estaban. Discusión: Los resultados cuestionan la efectividad del programa de PF y su adaptación a la realidad migratoria.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ aborto,
- ✔ inmigración,
- ✔ mujeres,
- ✔ planificación familiar.

Abstract

The number of abortions has increased very significantly in Andalusia in recent years. It is important to know the impact of migration in this reality. Objectives: To determine the average age and nationality of women requesting an abortion in a health center of Primary Care, and what percentage were using the Family Planning Program (FP). Method: Descriptive observational study, accessing to the number of applications recorded (n = 37) in the first quarter of 2012 in the health center "El Alamillo" (Sevilla), and utilization data PF program. Results: The mean age was ±.29.8 years. 61.38% of women studied were immigrants. A 45.94% were included in the FP program before deciding to abort, compared to 51.35% who were not. Discussion: The results question the effectiveness of the FP program and its adaptation to the reality of migration.

KEY WORDS:

- ✔ abortion,
- ✔ immigration,
- ✔ women,
- ✔ family planning.

Un resumen de esta investigación fue presentado en formato póster en el III Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada" (11 al 22 mayo 2012), con el título: "Interrupción voluntaria del embarazo: nacionalidad de las mujeres y utilización del programa de Planificación Familiar".

INTRODUCCIÓN

En Andalucía la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es financiada por el sistema sanitario público (SSPA) a todas las mujeres que lo soliciten y tengan derecho a la asistencia sanitaria pública. En los últimos años, el número de IVEs ha aumentado de forma muy importante en esta comunidad autónoma; según cifras oficiales de la Consejería de Salud (1). De los 10.552 abortos contabilizados en 2000, el número total de abortos llegó casi a duplicarse, hasta alcanzar los 20.543 en el año 2009. Estos datos fueron publicados en el año 2011, siendo los más recientes de los que disponemos actualmente en nuestra comunidad autónoma.

Paralelamente, conviene destacar que precisamente en los últimos años la oferta del Programa de Planificación Familiar se ha ido ampliando hasta llegar a todos los centros de salud de Andalucía (2). Este programa de salud se dirige a las mujeres en edad fértil, incluyendo asesoramiento e información en educación sexual y anticoncepción, entre otros. La matrona y/o la enfermera de familia son responsables de estos programas, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud y en coordinación con otros profesionales.

A pesar del aumento de la oferta y la mayor facilidad en la accesibilidad a este servicio, el número de IVEs no ha dejado de aumentar (1). El creciente impacto económico derivado de esta situación, y los recursos destinados a la planificación familiar en el sistema sanitario público andaluz, cuestionan la efectividad de las estrategias empleadas hasta ahora.

Por otra parte, los cambios demográficos, y en especial la inmigración, juegan un papel importante y en continuo cambio, que son necesarios conocer en profundidad para abordar eficazmente este problema. Las estadísticas ofrecidas permiten conocer la nacionalidad de las mujeres sometidas a IVE, pero únicamente a nivel de toda Andalucía, sin filtrar por provincias ni localidades. Lo mismo ocurre con los datos referidos a la utilización de los servicios de planificación familiar por parte de estas mismas mujeres.

La realidad dinámica y los distintos comportamientos de la población atendida en diferentes lugares de Andalucía, justifican la necesidad de conocer estas cifras en tiempo real y en el contexto concreto de las personas atendidas en cada centro de salud, para adaptarnos mejor a sus necesidades y expectativas. Enfermería debe conocer los perfiles y uso de estos recursos sanitarios en la población concreta a la que atiende, para poder identificar las oportunidades de mejora y planificar las intervenciones de la manera más efectiva. El centro de salud *"El Alamillo"* se caracteriza por ser el que atiende a una mayor densidad de personas inmigrantes en la ciudad de Sevilla.

OBJETIVOS

1) Conocer la edad media y nacionalidad de las mujeres que solicitan una IVE en un centro de salud de Sevilla capital.
2) Conocer qué porcentaje de estas mujeres estaban incluidas en el Programa de Panificación Familiar ofertado por el centro de salud, antes o después de abortar.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo. El tipo de muestreo fue intencional, accediendo al número total de solicitudes realizadas entre enero y marzo de 2012 (n=37). Los datos fueron obtenidos del registro del centro de salud "El Alamillo" (Sevilla): *"Hoja de derivación para IVE desde los centros sanitarios"* del primer trimestre de 2012, y de la historia digital de salud (*Diraya*) de la muestra de estudio, para acceder a los datos referidos a la inclusión en el Programa de Planificación Familiar.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 37 mujeres. El 21,62 % de las mujeres que decidieron abortar en nuestro centro eran de nacionalidad española, siendo un 78,38 % de las solicitantes, personas inmigrantes. Dentro de este último grupo de personas, la nacionalidad predominante fue la boliviana: 40,54% de la muestra total (figura 1).

La edad media del total de la muestra fue ±29,8 años. Si agrupamos los resultados por nacionalidades, en el caso de las mujeres españolas fue de ±31,6 años, frente a los ±27,17 años registrados en las mujeres inmigrantes.

Los datos de utilización del Programa de Planificación Familiar registrados en Diraya, dan como resultado que el 45,94% ya estaban incluidas en el programa antes de solicitar la IVE. Un 2,70% de la muestra decidieron hacer uso de este servicio, después de haber abortado. Por último, el 51,35% de las mujeres que solicitaron una IVE nunca habían acudido al programa (figura 2).

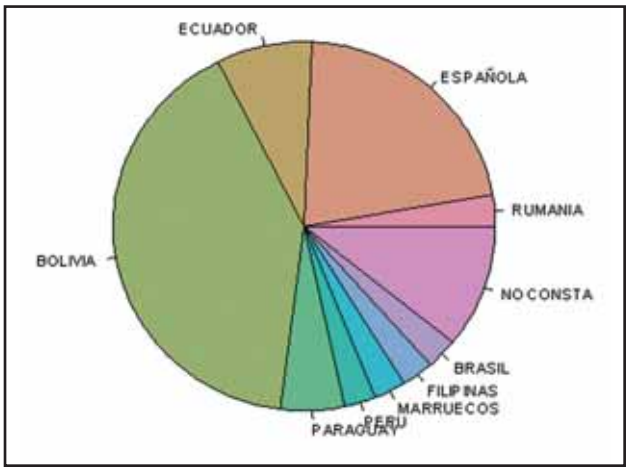


Figura 1

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio reflejan una mayor proporción de mujeres inmigrantes que se someten a una

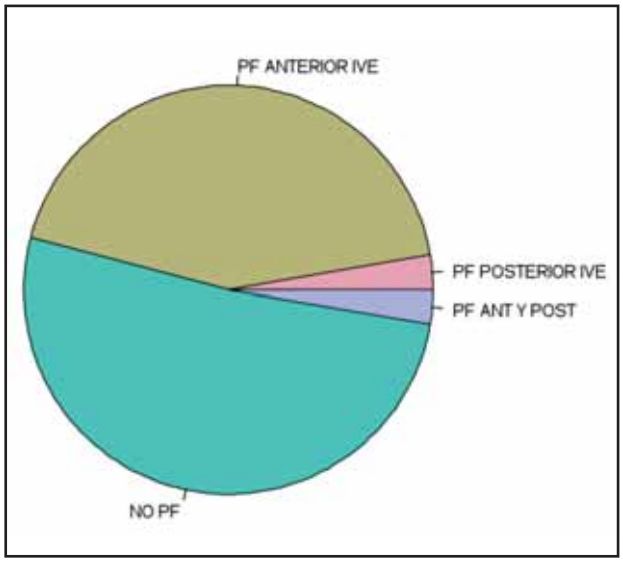


Figura 2

IVE, en relación a las mujeres españolas incluidas en la muestra, coincidiendo con otros estudios de nuestro entorno (3, 4). Este dato, en primer lugar, no coincide con las cifras publicadas por las estadísticas oficiales regionales (1), en las que prácticamente se invierte esta proporción. Aunque es innegable que estas estadísticas son útiles y necesarias, los resultados observados nos invitan a afirmar que es de suma importancia adaptar las estrategias preventivas a las características y necesidades de cada población concreta, para lo cual sería deseable un conocimiento profundo de la realidad local de cada unidad de gestión clínica, desde el punto de vista demográfico y desde el análisis de los patrones de utilización de los servicios sanitarios.

Los daros referidos a la utilización del programa de planificación familiar (PF) son, a nuestro juicio, muy preocupantes, Si analizamos el dato referido a quienes estaban incluidas en el programa de PF antes del IVE (casi la mitad), deberíamos al menos plantearnos qué ha podido fallar, y en qué medida puede Enfermería mejorar su capacidad resolutiva (efectividad y eficiencia).

Algunos estudios, como el realizado en Madrid en 2005 (5) evaluando el conocimiento y uso de anticonceptivos en la población inmigrante iberoamericana, señala la falta de información y bajo nivel educativo de la población, así como la difícil accesibilidad a los métodos, como las principales barreras que afectan especialmente al colectivo de inmigrantes. Otros estudios similares (6) resaltan la dificultad de acceso a los servicios de planificación familia debido a los horarios incompatibles con su jornada laboral y el miedo al despido en caso de ausentarse para acudir a la consulta médica. Probablemente sería útil saber si una mejor accesibilidad mejoraría la adhesión al programa por parte de estas mujeres, tal como han hecho otros investigadores (7, 8).

Por otra parte, la importancia de atender mejor las necesidades específicas de la población inmigrante en el contexto de la PF, no puede ignorar los componentes culturales y las creencias individuales en determinadas cuestiones. Así, por ejemplo, se ha indicado como posible fracaso de la PF el no utilizar métodos anticonceptivos o usar métodos no seguros, relacionándolo con el alto precio de estos y la resistencia de los hombres al uso de preservativos (6).

Nos ha llamado la atención la edad media de las mujeres (±29,8 años), sensiblemente superior a la obtenida en otros estudios, que sitúan la mayor franja de abortos entre los 20-24 años (4). Sería necesario realizar otros estudios similares, aumentando el tamaño muestral, para poder analizar este hecho con más detalle.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Interrupción voluntaria del embarazo: Andalucía 2000 - 2009 (consultado el 2 de abril de 2012). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas_sanitarias/ive_estadisticas/ive_2000_2009.pdf

(2) Servicio Andaluz de Salud. Noticias (consultado el 2 de abril de 2012). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=2274

(3) Rodríguez Portilla, NE; Martínez Rojo, C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Enferm. glob. [online]. 2011, vol.10, n.23, pp. 359-371.

(4) Barroso García, P; Lucena Méndez, MA; Parrón Carreño, T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1998-2002. Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet]. 2005 Ago [consultado 29 mayo 2012]; 79(4):493-501. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000400006&lng=es.

(5) Hernando V, Álvarez M, Arriola L, Arroyo S, Ballester E, Bermúdez P, et al. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. Boletín Epidemiológico Semanal 2005;13(4/37-48):37-40.

(6) Llacér Gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarraza L, Martínez Blanco. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index de Enfermería 2006; 15 (n.55):1-9.

(7) Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. Swiss Med Wkly 2003; 133(15-16):219-226

(8) Helstrom L, Odlind V, Zatterstrom C, Johansson M, Granath F, Correia N et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scand J Public Health 2003; 31(6):405-410.

EL MODELO DE RECUPERACIÓN EN CONTRA DEL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

THE RECOVERY MODEL AGAINST THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS

- **Manuel Jesús Caballero Guerrero**[1]
- **Olga López Sánchez**[1]
- **Manuel Luque-Romero Sánchez**[1]

1. Enfermeros USMH UGC Hospital Infanta Margarita. Córdoba

Resumen

El siguiente artículo consiste en una revisión sobre el estigma y la discriminación que sufren las personas diagnosticadas de una enfermedad mental. Para ello vamos a hacer hincapié en cuáles son los principales mitos y estereotipos que rodean a un enfermo mental, así como abordar el concepto de autoestigma.

Una vez definido los conceptos anteriores conoceremos los resultados obtenidos en un estudio sobre la visión de los profesionales de la salud sobre la enfermedad mental, donde se deja claro que existe estigma entre los profesionales de la salud, propiciado en gran medida por el desconocimiento sobre la materia.

Finalmente abordaremos el modelo de recuperación, según el cual el paciente es partícipe de su propio cuidado y de su tratamiento, siendo el profesional un apoyo en el mismo, aumentando con ello la autoestima y por tanto disminuyendo el autoestigma.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Estigma Social
- ✔ Enfermo mental
- ✔ Modelo de recuperación

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría por no decir la gran parte de las personas que son diagnosticadas de una enfermedad mental sufren, además de las dificultades para integrarse en la sociedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales, lo cual en un alto porcentaje desemboca en grandes dificultades de integración social, laboral y de discriminación.

La base de la discriminación radica en el prejuicio. En nuestra sociedad pervive un prejuicio negativo sobre las personas que padecen una enfermedad mental, basado en estereotipos asumidos y compartidos de generación en generación. Dicha discriminación hace que grupos de la sociedad prive a otros de sus derechos. En el caso de los enfermos mentales, atribuciones erróneas sobre sus características, un etiquetado desfavorable, la visión global de enfermedad y no de persona, y la culpabilización por parte de la sociedad, reporta una desventaja hacia el resto que se añade a la derivada por su enfermedad. La persona con enfermedad mental debe afrontar una doble dificultad para recuperarse: la enfermedad en sí y los prejuicios y discriminaciones que recibe por padecerla. Es el estigma social, una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

Hace más de 20 años se inició la reforma psiquiátrica, se desmantelaron los psiquiátricos y se dejó de encerrar a "los locos" para introducirlos en la sociedad como un ciudadano más. A pesar de ello las personas con enfermedades mentales siguen estigmatizadas, continúan padeciendo actitudes, habitualmente negativa por la sociedad, al ser considerados por ésta como grupo minoritario que presenta algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.

Las autoridades sanitarias se están preocupando para combatir y reducir el estigma mediante campañas de sensibilización en la sociedad y en el ámbito sanitario. ¿Se está consiguiendo?, ¿Cuáles son las ideas erróneas que se tienen sobre las personas que padecen una enfermedad mental? ¿En el ámbito sanitario se está avanzando en contra del estigma?

2. CONCEPTOS GENERALES

La palabra "Estigma" proviene del griego y significa "atravesar, hacer un agujero". Dicho término fue creado para referirse a signos corporales con los que se intentaba exhibir algo malo, como a los ladrones y a los esclavos a quienes se estigmatizaba con hierro candente. A lo largo de la historia se ha empleado para indicar que ciertos diagnósticos despertaban ciertos prejuicios contra las personas. Por citar algunos ejemplos de grupos que han sido discriminados por padecer una enfermedad nos encontramos con las personas que padecieron la lepra en la Edad Media, y más recientemente con las personas que padecen cáncer o sida. No obstante la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental se ha mantenido durante siglos.

A la hora de definir el concepto de estigma hay varias aproximaciones, así muchos autores se inclinan por la definición aportada por Goffman[1] en 1963, el cual consideraba el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Otra definición que ha sido utilizada y tenido en cuenta por muchos autores es la propuesta por Jones et al. en 1984, proponiendo que el estigma puede considerarse como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos). En 1998 Crocker, Major, y Steele[2], señalaron que los individuos estigmatizados poseen algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular. Finalmente, según la el Diccionario de la Real Academia española, estigma se define como marca o señal en el cuerpo, y como desodoro, afrenta mala fama.

De un modo general, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos fundamentales del comportamiento social[3]. Los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Los estereotipos se pueden definir como idea o imagen aceptada por la mayoría como patrón o modelo de cualidades o de conducta que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad. Tiende por tanto a representar las creencias sobre un grupo determinado, siendo la faceta cognitiva del estigma.

El prejuicio puede definirse como el juicio u opinión, generalmente negativo, que se forma inmotivadamente de antemano y sin el conocimiento necesario poniéndose de manifiesto en forma e actitudes y valoraciones, las cuales pueden dar lugar a la discriminación. Dicha discriminación hace que las personas que padecen una enfermedad mental se sitúen en desventaja con el resto de la sociedad, la cual infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de 4 signos tendiéndose a reaccionar de forma estigmatizadora:

- Los síntomas psiquiátricos
- Déficit en las habilidades sociales
- Apariencia física
- Las etiquetas

El estigma social[3], genera un autoestigma en la persona y limita su desempeño ocupacional y por tanto perjudica y obstaculiza la recuperación. ¿Pero que es el autoestigma?, se puede definir como creerse que la enfermedad mental limita para tener autonomía personal, y llevar vida una independiente. Creerse incapaz, negarse la posibilidad de trabajar, no cuidarse y no tratar de llevar una vida lo más satisfactoria y plena posible. Estereotipos y prejuicios acaban por instalarse en la persona, que asume esas actitudes marginadoras y se autodiscrimina.

3. MITOS Y REALIDADES

El estigma se mantiene en gran medida por la cantidad de mitos hacia la enfermedad mental que han sido heredados en la sociedad a través de los siglos y que todavía se mantienen.

Por ello es primordial conocer cuáles son esos mitos y cuáles son las realidades sobre ellos. (Anexo, cuadro 1)

El estereotipo que más presente se encuentra en las personas que padecen una enfermedad mental es el que dice que las personas que padecen una enfermedad son violentas[4]. Una de las causas que hacen que se extienda este mito se encuentra acentuada por los medios de comunicación, el cine, medios audiovisuales, ya que siempre se asocia al psicópata, al asesino, al "malo de la película" con un enfermo mental.

Recientes estudios muestran que un porcentaje elevado de la población percibe a las personas con esquizofrenia como "individuos imprevisibles y peligrosos, con quienes es difícil hablar, capaces de auto agresión y con escaso éxito en el tratamiento que reciben. Sin embargo, las investigaciones muestran que las personas con esquizofrenia no son más peligrosas que las "sanas" en una misma población, y en su gran mayoría no cometen nunca actos violentos.

La realidad sobre la relación entre la enfermedad mental y la violencia es que las personas que padecen estas patologías pueden cometer actos violentos de forma impredecible, de forma muy esporádica e infrecuente.

La mayoría de las personas con EMG no se comportan de manera agresiva o violenta. Es más frecuente que sean víctimas y se hagan daños a ellas en lugar de hacérselo a los demás.

Los factores que se asocian de forma más constante al riesgo de conducta violenta son la coexistencia con el abuso de Alcohol y Drogas, el Incumplimiento del Tratamiento y los Antecedentes de Conducta Violenta. Si es cierto y destacable, y por ello de la posible existencia de este mito, que las conductas violentas desplegadas por los enfermos mentales se encuentran envueltas de unas características especiales, son aleatorias, impredecibles, sin un claro desencadenante, en un gran alto número de ocasiones ilógicas, y con una alta repercusión en la sociedad por el método y formas en las que se llevan a cabo.

Otros de los mitos a señalar es que las enfermedades mentales son raras[5], cuando en realidad no es verdad ya que según diversos estudios 1 de cada 4 personas padecerán a lo largo de su vida una enfermedad mental. De ahí el desconocimiento que tiene la sociedad en general sobre las enfermedades mentales. Muchas personas piensan a su vez, debido al gran desconocimiento, que son enfermeda-

des incurables[5], que las personas que la padecen no se recuperan; mientras que la realidad no es esa, un porcentaje de personas que sufren una enfermedad mental pueden llegar a curarse o recuperarse siempre con una detección precoz y un buen apoyo familiar y de seres allegados.

4. VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

¿Y entre los profesionales sanitarios existe el estigma hacia los enfermos mentales?, ¿Conocemos las enfermedades mentales y recursos asistenciales disponibles?, ¿actuamos de igual manera ante un paciente diagnosticado de diabetes y otro diagnosticado de esquizofrenia? Estos son algunos de los interrogantes que nos hemos planteado. Para resolverlos hemos llevado a cabo un estudio un estudio cualitativo mediante una encuesta (Anexo, cuadro 2) de tipo trasversal y descriptiva a una muestra de 68 profesionales sanitarios de de los servicios de hospitalización y urgencias de un hospital del servicio andaluz de salud. Dicha encuesta fue realizada al personal que trabajaban los días 29 y 30 de mayo en los turnos de mañana, tarde y noche.

Para la elaboración de la encuesta se han tenido en cuenta los principales mitos que rodean a las personas que padecen una enfermedad mental. Realizaron la encuesta un total de 68 trabajadores (56 mujeres y 12 varones), repartidos entre varios servicios, a continuación se muestra la grafica de participación por servicios.

La mayor participación en el estudio fue obtenida en el servicio de urgencias, seguida de las unidades medicina interna y cirugía. (Gráfico 1)
De entre los resultados obtenidos, los datos más significativos fueron los siguientes:

- En referente al conocimiento de las enfermedades mentales: (Gráfico 2)
  No debemos de olvidar que estamos hablando de una encuesta que ha sido rellenada por personal sanitario, en la mayoría de los casos por personal de enfermería y auxiliar de enfermería, llamando la atención que un 36 % de los encuestados piensan que la persona que padece una enfermedad mental no se recupera nunca, que un 29% piensan que la depresión no es una enfermedad y que un 75% y un 63% no conocen al menos 5 enfermedades mentales ni los dispositivos y recursos de salud mental. Son datos que nos demuestran el gran desconocimiento del personal sanitario hacia la enfermedad mental.
- En lo referente a la existencia de prejuicios que existen hacia las personas que sufren una enfermedad mental. (Grafico 3)
  Tal y como se puede observar en la gráfica casi la totalidad de los encuestados piensan que existen prejuicios en la sociedad hacia las personas que padecen una enfermedad mental, sin embargo, al preguntarles en el ámbito sanitario y si les importaría trabajar como compañero con una persona diagnosticada de enfermedad mental la balanza se equilibra.

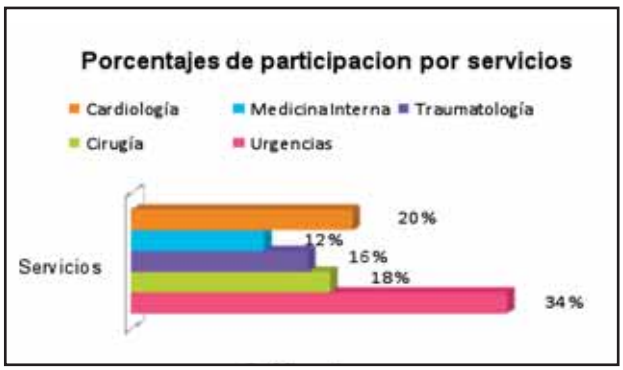


Gráfico 1

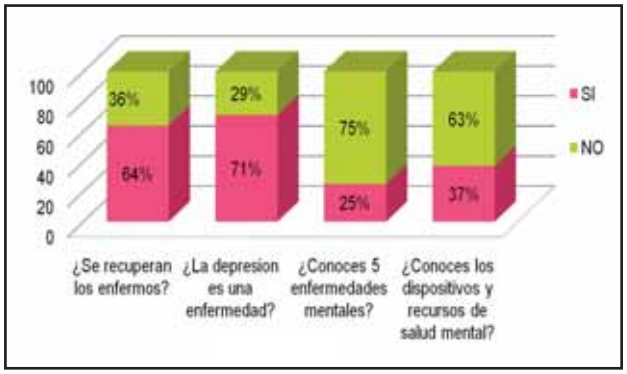


Gráfico 2

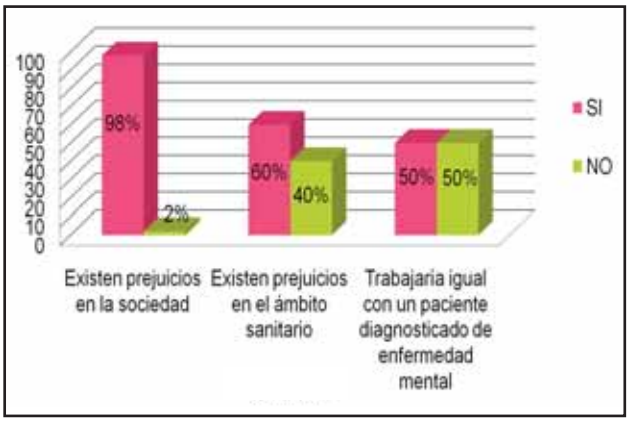


Gráfico 3

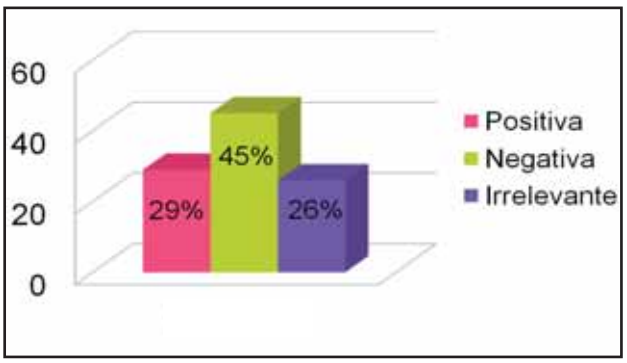


Gráfico 4

Un 67% de los encuestados piensan que las personas que padecen una enfermedad mental son violentas, un alto porcentaje de los encuestados, el 95%, que piensan que son agresivas pertenecen al servicio de urgencias.
Un 42 % de los profesionales piensan que la persona que se quiere matar lo hace y que la mayoría lo que intenta es llamar la atención.

De todos los encuestado, a únicamente el 22 %, no le importaría trabajar en la unidad de hospitalización de salud mental, el 78% restante no quiere
6trabajar en dicha unidad, siendo los principales motivos el desconocimiento de las enfermedades mentales, la "agresividad de los pacientes que están allí ingresados".

- En lo referente a la experiencia de las personas que padecen una enfermedad mental (Gráfico 4):

Un 45 % de los encuestados refieren haber tenido una mala experiencia con personas que padecen una enfermedad mental, el 88% de los profesionales que tuvieron una experiencia negativa pertenecían al servicio de urgencias.
Ante dichos resultados podemos decir que el personal sanitario percibe que existen prejuicios y estigma en la sociedad hacia los enfermos mentales no percibiendo que entre el ámbito sanitario hubiera. Datos contradictorios en el momento que un alto porcentaje piensa que son personas violentas y que muy pocos de los encuestado trabajaría en una unidad de salud mental. Todo ello motivado por el gran desconocimiento que se tiene sobre el campo de la salud mental.

5. FOMENTAR LA RECUPERACIÓN. ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

A lo largo de la historia se han ido realizando cambios en la forma de cuidar a las personas que padecen una enfermedad mental, se cerraron los manicomios para abrir el hospital psiquiátrico basándose en la reeducación del paciente mediante el tratamiento moral, donde se llevaba a cabo un aislamiento total apartado del ambiente patológico estableciéndose un orden interno jerarquizado y normativo[6]. Posteriormente se cierran los hospitales psiquiátricos y surge la psiquiatría comunitaria creándose dispositivos en la comunidad, garantizándose la continuidad de cuidados y la prevención en los tres niveles, la participación en la comunidad. Este modelo es el presente en la actualidad.
No obstante está surgiendo, un movimiento y un modelo de Recuperación[7] que consiste en que la persona construya un proyecto de vida con sentido y satisfacción, definido por la propia persona, independientemente de la evolución de sus síntomas. Es un proceso único y personal de crecimiento y cambio de actitudes y valores que tiene dos implicaciones directas:

- Para la persona con enfermedad mental reintroduce la esperanza-ilusión situándola en una posición más activa frente a sus problemas, incentivando sus capacidades, se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo).
- Para los servicios sanitarios supone una nueva perspectiva de atención al paciente, sustituyendo el concepto de contención por el de acompañamiento. Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se aleja del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de la recuperación.

De este modo Andresen, Oades & Caputi en 2003[8] propusieron los componentes del proceso de recuperación:

- Encontrar esperanza y mantenerla, que consiste en creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
- Restablecimiento de una identidad positiva, es decir, encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.
- Construir una vida con sentido, entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir.
- Asumir responsabilidad y control: Sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

Un principio fundamental en la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica), refiriéndose en una recuperación social, "una persona puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad" [9].
El modelo de recuperación abarca diferentes fases o etapas, así en una primera fase, la persona se encuentra abrumada por la discapacidad; en una segunda fase lucha contra la discapacidad, no acepta la discapacidad; en una tercera fase aprende a vivir con la enfermedad, ya es consciente de que sufre una enfermedad o que "algo" le sucede; y una última fase o etapa en la que va mas allá de la enfermedad.
¿Cual es el papel de los profesionales en el modelo de la recuperación? Tal y como se ha dicho en anterioridad se debe de pasar de una posición de experto y autoridad a otra en la que el profesional ofrezca a la persona los recursos (información, habilidades, redes y apoyo) que sirvan para gestionar su propia enfermedad y ayudarle a obtener los recursos que estime necesarios para hacer su vida. "Debemos estar al lado, no encima"[10], implicando una relación de poder muy diferente entre profesionales y usuarios.
¿Cómo podríamos llevarlo a cabo? En primer lugar los profesionales debemos de estar dispuestos a "escuchar", animando al paciente a que describa sus síntomas y sus estrategias para afrontar la enfermedad, y centrándose en pequeños pasos para efectuar cambios, aumentar su autocontrol. A su vez la persona puede ir elaborando un plan de crisis conjunto con su coordinador de cuidados y psiquia-

tra, involucrando a todo el equipo que participa en el tratamiento.
Borg & Kristiansen[11] llegaron a la conclusión de que las características que debían tener los profesionales eran las siguientes:

- Mostrar actitud de apertura
- Colaborar de igual a igual
- Centrarse en recursos internos del individuo
- Mostrar reciprocidad
- Tener la voluntad de ir más allá.

En el cuadro 3 (Anexo) se pueden ver una serie de consejos que pueden ser considerados como estándares de calidad y pueden servir para evaluar la buena práctica de los profesionales orientada en la recuperación.
El modelo de recuperación presenta dificultades tanto internas como externas. Entre las dificultades internas nos podemos encontrar las siguientes:

- El autoestigma, ya que se interiorizan las creencias, las percepciones que se reciben de la cultura externa (estructura sanitaria, medios de comunicación, familia..) teniendo como consecuencia que los pacientes no crean en su capacidades, no cuiden de ellos mismos, pierdan la esperanza y se aíslen del resto de la sociedad, lamentando y viviendo en silencio su situación.
- Las personas de padecen una enfermedad mental deben de tener claro que no quieren seguir teniendo una actitud de dependencia hacia los profesionales, familias… y que quieren pasar del rol de tutelado al de protagonista de su propia vida. En numerosas ocasiones se plantean la duda de que deberían de hacer, lo cual obstaculiza que se puede llevar a cabo el proceso de recuperación.

Entre las dificultades externas nos encontramos:

- Existencia de una cultura de autoridad en la que los profesionales sanitarios somos los expertos y los usuarios mantienen un papel pasivo.
- Dificultades del profesional sanitario de aceptar el nuevo rol del usuario que exige sus derechos y opina sobre su tratamiento.
- Existencia de estigma del enfermo y enfermedades mentales.
- Desconocimiento del modelo de recuperación.
- Creencias erróneas sobre el modelo de recuperación (Cuadro 2).

6. CONCLUSIONES

El Estigma es una barrera real para la asistencia e integración social de las personas con enfermedad mental. Las cuales tienen un doble problema, los propios de la sintomatología y la clínica de la enfermedad propiamente dicha, y el rechazo y discriminación social originada por el estigma. Siendo esta la principal barrera para la recuperación social. Cuando estigmatizamos a alguna persona con enfermedad mental no vemos a la persona, solo vemos el diagnóstico.
Por otro lado nos encontramos a su vez que las personas que padecen una enfermedad mental a parte del estigma social que sufre, la mayoría de ellas padecen el denominado autoestigma, volviendo las actitudes estigmatizadoras hacia ella misma, asumiéndola como legítimas, perdiendo por lo tanto confianza, estima y aumentando el sentimiento de inutilidad. Siendo el efecto del autoestigma mayor cuanto mayor es el grado de acuerdo de la persona con el estereotipo.
La respuesta de la persona para combatir el estigma depende del análisis que la persona afectada hace de la situación en función de unas variables personales, del contexto social y de los apoyos sociales e institucionales con los que cuente. Siendo en este aspecto de vital importancia los movimientos asociativos de usuarios y usuarias y de la colaboración de los profesionales para favorecer la recuperación.
El modelo de recuperación favorece que la persona diagnosticada de una enfermedad mental forme parte de una forma activa en su cuidado y recuperación, aumentando por ello su autoestima y visión de pertenencia a la sociedad.
Es evidente que el modelo de recuperación es un modelo que presenta algunas limitaciones y que presenta dificultades, ya que todo cambio en una organización produce asumir nuevos riesgos y no todos los cambios organizativos son validos.
Tenemos que tener en cuenta que cuando hablamos de recuperación no nos referimos a la curación completa, sino a una recuperación social, en la cual la persona puede integrarse en la sociedad y puede llegar a tomar parte en su s decisiones. Evidentemente esto podrá llevarse a cabo dependiendo de la situación y la fase en la cual se encuentre la persona, siendo por tanto la forma de actuar diferente según se encuentre en un estadio inicial en la cual la persona se encuentra abrumada por el diagnóstico, y un estadio mas tardío en el que la persona es consciente de su enfermedad.

7. ANEXO

MITOS	REALIDADES
"La enfermedad mental es poco frecuente"	1 de cada 4 personas padece alguna enfermedad a lo largo de su vida
"La persona con una enfermedad mental es exclusivamente un enfermo mental"	Persona no es lo mismo que patología. "Yo no soy mi enfermedad ni mi diagnóstico"
"Las personas con enfermedad mental nunca se recuperan"	En su gran mayoría mejoran y pueden llevar una vida autónoma. Muchos llegan a recuperarse completamente
"Las personas con enfermedad mental no pueden llevar una vida normal"	Pueden y deben llevar una vida normalizada con el apoyo de los familiares, amistades y profesionales
"Las personas con enfermedad mental deben de estar encerradas"	Los enfermos que son atendidos en la comunidad evolucionan mejor que siendo internadas en una institución
"La persona con enfermedad mental no puede trabajar"	La integración laboral no es fácil en muchos casos, pero pueden realizar una contribución útil. Favoreciendo su autoestima
"Son violentos, imprevisibles y peligrosos"	No son más peligrosas que el resto de las personas. La gran mayoría no comenten ni cometerán actos violentos. Más bien serán víctimas

Cuadro 1. Mitos y realidades del enfermo y enfermedad mental

CUESTIONARIO SOBRE PERSONAS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL

El siguiente cuestionario va dirigido a los/as profesionales del hospital Infanta Margarita con la finalidad de conocer sus impresiones acerca de la persona que padece una enfermedad mental. Se trata de un cuestionario anónimo en el que se ruega contestar con la mayor sinceridad posible

- Unidad:
- Categoría profesional:
- Sexo:
- Edad:

- ¿Se recuperan las personas con enfermedad mental? SI NO
- Las personas con enfermedad mental son violentas SI NO
- Las personas con enfermedad mental pueden tener pareja o casarse SI NO
- Las enfermedades mentales son un castigo SI NO
- Las enfermedades mental son raras SI NO
- Las enfermedades mentales son culpa de la debilidad del carácter SI NO
- Las enfermedades mentales equivalen a retraso mental SI NO
- Las enfermedades mentales son causa de los padres SI NO
- Los pacientes con enfermedad mental deben ingresar siempre en la unidad de Psiquiatría SI NO
- Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde SI NO
- Todo el que se suicida está deprimido SI NO
- Todo el que se suicida es un enfermo mental SI NO
- ¿Ha tenido contacto con personas que padezcan una enfermedad mental? SI NO
- Si lo ha tenido, ¿cómo ha sido su experiencia? Positiva Negativa
- Trabajaría en algún servicio de salud mental SI NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Cuadro 2. Encuesta sobre percepción estigma entre profesionales

Tras cada intervención con los usuarios, el profesional de salud mental debería preguntarse:

1. ¿He practicado una escucha activa que ayude a la persona a encontrarle sentido a sus problemas de salud mental?
2. ¿He ayudado a la persona a identificar y priorizar sus metas personales en su recuperación, al margen de los objetivos profesionales?
3. ¿He demostrado que creo en la capacidad y los recursos personales de la persona en busca de estas metas?
4. ¿He identificado ejemplos de mi propia experiencia o la de otros usuarios que puedan inspirar y corroborar sus esperanzas?
5. ¿He prestado especial atención a la importancia de identificar metas que alejen a la persona de su papel de enfermo y le permitan contribuir activamente en la vida de otras personas?
6. ¿He identificado recursos que no son de salud mental (amistades, contactos, organizaciones...) que podrían ser relevantes para lograr esas metas.
7. ¿He fomentado el automanejo de sus problemas de salud mental (proporcionando información, reforzando sus estrategias personales de afrontamiento...)?
8. ¿He debatido con la persona qué tipo de intervenciones terapéuticas quiere, por ejemplo: tratamiento psicológico, terapia alternativa, planificación de intervención en crisis…, respetando sus deseos siempre que sea posible?
9. ¿He actuado en todo momento con actitud de respeto por la persona, mostrando una relación de igualdad y el deseo de trabajar conjuntamente, con la predisposición de "ir un poco más allá"?
10. ¿He continuado expresando mi apoyo a la posibilidad de que pueda conseguir sus metas, manteniendo esperanza y expectativas positivas, a pesar de aceptar que el futuro es inseguro y que habrá recaídas?

Cuadro 3. Consejos para trabajar desde el modelo de la recuperación

BIBLIOGRAFÍA

1. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Primera edición. Buenos Aires, Amorrortu,2003.
2. Muñoz M., Pérez E., Crespo M. Guillen A.I., Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Primera edición. Ed Complutense sept 2009
3. Sartorius N. El estigma de la enfermedad mental. Advances in Relacional mental Health 2003.
4. Uriarte. J.J., Violencia, enfermedad mental y estigma. Newsletter Psiquiatria Legal. Ed Lec
5. Ruiz, M., Serrano, V.; Sánchez, E.,Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental, Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat., 1988, 16, 4, pp. 285-293.
6. López. M., Laviana. M., García-Cubillana. P., Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria, en Pérez, F. (coord.), Dos décadas trasla Reforma Psiquiátrica, Madrid, AEN, 2006.
7. Andressen, R., Caputi, P,& Oades,L. (2006) Stage of recovery instrument: development of a mesure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40
8. Andressen, R., Oades, L.,& Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37.
9. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J. et al. (2006) The ten top concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatric Services, 57, 640-645.
10. Repper, J., & Perkins, R. (2003) Social Inclusion and Recovery. Balliere Tindall. London.
11. Borg, M., & Kristiansen,K. (2004) Recovery – oriented professionals: Helping relationships in mental health service. Journal of Mental Health, 13, 493-505.

LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN CARDIOLOGÍA
CHECK LIST IN CARDIOLOGY

Mª de Gracia García Barrera
D.E. de consultas externas. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. (Sevilla)

Resumen

La organización mundial de la salud (OMS) pone a disposición de los profesionales sanitarios el Listado de verificación de seguridad quirúrgica, una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.
En nuestra comunidad autónoma este listado ha sido adaptado por profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el marco del Convenio de Prácticas Seguras suscrito con el Ministerio de Sanidad y Consumo en la referencia del BOE de 22 de diciembre de 2008. En el servicio de cardiología de las consultas externas del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe implantamos dichos listados con la misma meta.
Comenzamos con dos de las pruebas especiales que realizamos. La ecocardiografía transesofágica y la ecocardiografía de estrés.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Listados de verificación eventos adversos
- ✔ Ecocardiografía transesofágica
- ✔ Ecocardiografía de estrés

Abstract

The OMS offers health professionals the Checklist of surgical safety, a tool for improving safety in surgery and reduce preventable adverse events.
In our region this listing has been adapted by professionals Andalusian Public Health System under the Safe Practices Convention signed with the Ministry of Health in reference BOE of 22 December 2008.
In the cardiology department of the outpatient unit of Hospital San Juan de Dios del Aljarafe implant those lists with the same goal.
We started with two of the special tests we perform. Transesophageal echocardiography and stress echocardiography.

KEY WORDS:

- ✔ Check-list, advers event
- ✔ Transesophageal echocardiography
- ✔ Stress echocardiography

INTRODUCCIÓN

Un check list, o lista de verificación, es un documento que detalla uno por uno distintos aspectos que se deben analizar, comprobar, verificar, etc.
La gran diversidad de actividades que se realizan en los hospitales conlleva riesgos que superan ampliamente muchas actividades productivas, además de incorporar riesgos como en cualquier empresa, se encuentran los riesgos biológicos y yatrogénicos. Por otra parte los procedimientos de trabajo para las actividades que aquí se realizan no siempre obedecen a la plenitud de lo esperado, de tal forma que el campo por desarrollar es amplio y supera con frecuencia la capacidad tanto administrativa como técnica-operacional para llevar a buen término la administración de la seguridad. Esto nos conduce a la imperiosa necesidad de optimizar cada una de las actividades que se llevan a cabo, lo que se logra utilizando herramientas de trabajo para identificar, cuantificar y valorar cada uno de ellos, con el fin de racionalizar la decisión sobre donde aplicar los recursos.
Más de una empresa ha visto socavada su trayectoria por no haber definido y aplicado una política clara de análisis de sus riesgos y por no haber tomado decisiones a tiempo sobre el tratamiento de los mismos. Sabiendo que la existencia de un establecimiento hospitalario es indispensable en una sociedad por su misión de salvaguardar la salud de la población, no es menos cierto que optimizar sus recursos es también una forma de obtener una mejor calidad de vida.
El prestigio que los check-List o listados de verificación (L.V.) están consiguiendo en determinados ámbitos, para la mejora de los estándares de seguridad, como en la gestión o recursos humanos de muchas empresas, comienza a verse aplicado en la sanidad; sobre todo en los quirófanos, el riesgo de anestesia, ginecología, pruebas invasivas y de mínimo riesgo.
Para la realización e implantación de nuestros listados de verificación cardiológicos comenzamos recopilando datos de los quirúrgicos implantados de nuestro hospital, de otros centros, recomendaciones de la OMS al respecto y blibliografía relacionada. Comenzamos con un esquema sencillo, fácil de rellenar y priorizando datos, basándonos en nuestro servicio y adaptando a las pruebas con las que decidimos comenzar. Estas son Ecocardiografía transesofágica o E.T.E. y Ecocardiografía de estres o E.E.
El procedimiento para llevar a buen término las acciones preventivas de seguridad, en este caso específico de cardiología; consiste en analizar el riesgo y esto comprende identificarlo, evaluarlo, lo que a su vez nos permite valorarlo.

OBJETIVOS:

Nuestras metas fueron los siguientes:
- Utilizar métodos disponibles para prevenir daño derivado de verificación de la seguridad del procedimiento.
- Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la realización de la prueba.
- Evitar reacciones alérgicas y adversas a medicamentos y por la realización de la misma prueba en los pacientes con riesgo conocido.
- Utilizar los mínimos recursos para implantar rápidamente esta práctica segura.

ESTRATEGIA:

El camino que trazamos para conseguirlo se basó en lo siguiente:
- Adaptamos los conocimientos y nuestra práctica diaria a las necesidades y el entorno con que disponemos.
- Creación de listados de verificación que mejoren los estándares de seguridad.
- Promoción de la seguridad como tema de salud pública.
- Extrapolar datos plasmables convertibles en indicadores de calidad. Reflejando una labor habitual que no se evidenciaba en sitio alguno.

LA ELABORACIÓN:

Para su elaboración se determinaron primero las pruebas especiales a las cuales iban a ir dirigidos los listados de verificación. Estas resultaron ser la ecocardiografía de estrés o (E.E) y la ecocardiografía transesofágica o (E.T.E.). Definiendo las tareas realizadas tanto por el área médica como por enfermería se definieron según su orden cronológico. La claridad y sencillez a la hora de rellenarlo por ello el esfuerzo de evitar errores, no entorpecer la tarea diaria y que no resulte dificultoso a la hora de la puesta en marcha. Determinamos tres tiempos (entrada, procedimiento y salida) un campo de observaciones y se incluyeron definiciones que al admitirlas anulaban la realización de la prueba (p.e. el antecedente de arritmia maligna en caso de realizarse E. E.).
La primera prueba es una E. E.
La primera mejora se plantea en la primera semana en que comenzamos.
Se crea la necesidad de modificar el listado de verificación por no quedar reflejado la posibilidad de alta a hospitalización.
Además como área de mejora encontramos la necesidad de incorporar otras pruebas que se realizan en nuestro servicio y la admisión del paciente, así como si el consentimiento informado lo trae el paciente, entregado por el médico que solicita la prueba o lo suministramos nosotros.

ANÁLISIS:

Nuestras conclusiones son las que siguen:
En total en octubre tenemos 8 check-list de las 8 pruebas que se realizaron desde el 17 de octubre que comenzamos, estando correctamente cumplimentados todos ellos.
Incluyen dos reseñas de observaciones, una hace referencia a no entregar recomendaciones por estar ingresado el paciente y la otra es que ingresa el paciente en observación para cardioversión eléctrica y no se entregan las recomendaciones por ello.

En noviembre se realizan 16 pruebas, en las que todas se rellena el check-list correctamente, salvo en dos de ellos en los que no queda reflejada la fecha. No se da valor a esta falta, pues la fecha queda reflejada en el parte del día donde va solicitada la prueba.
En diciembre se rellenan 10 pruebas, 1 de ellas (ecocardiografía transesofágica) no realizada por INR fuera de rango. Todas ellas bien registradas y rellenas en todos sus campos.
En totalidad, 43 checklist.
En este mes nos encontramos también con dos observaciones, una de ellas hace referencia a que no se practica la determinación del INR por no estar el paciente anticoagulado y la otra a que el paciente está ingresado y no se dan las recomendaciones por ello.

CONCLUSIÓN:

En 2 meses y medio que llevamos con la práctica de listados de verificación podemos evidenciar la no existencia de error alguno o defecto en su comprobación de los parámetros registrado en nuestros listados de verificación. De 43 pacientes con los parámetros de calidad descritos a continuación podemos evidenciar lo siguiente:

Admisión del paciente:
- Identidad del paciente es correcta, confirmado por él mismo.
- El procedimiento a realizar es correcto.
- Trae el consentimiento informado del mismo paciente.
- Se han identificado y están presentes los profesionales involucrados y necesarios para la realización de la prueba.
- Se ha preguntado al paciente si conoce alergia medicamentosa y si es la que vamos a administrar. Si fuese así se anularía la prueba obviamente.
- Se ha preguntado al paciente si padece arritmia maligna, si fuese así quedaría anulada la prueba, si esta es ecocardiografía de estres.
- Queda comprobado la idoneidad del tratamiento que está tomando, caso es el de la retirada de betabloqueantes en la ecocardiografía de estres o la toma de anticoagulante en caso de ecocardiografía transesofágica previa a cardioversión eléctrica.

Procedimiento:
- Confirmamos que todos los miembros del equipo están preparados y presentes.
- Nos anticipamos a sucesos críticos, comprobando que tenemos el material apropiado.
- Comprobamos que la monitorización de EKG, el pulsioxímetro, colocados y funcionando. El carro de paradas está accesible y revisados según el protocolo existente.
- Confirmamos la existencia del material necesario para la realización de la prueba y posibles complicaciones.

Fin de la prueba:
- Reflejamos las constantes vitales del paciente y estado general en la hoja de enfermería, se entregan las recomendaciones por escrito de enfermería y se informa al paciente y familiares de éstos.
- Dejamos registrado el lugar de traslado o alta de nuestro servicio.

El campo de observaciones es un espacio abierto para describir lo que creamos necesario, o el área de mejora que pueda demandarse en un futuro.

Campo de firmas:
- La hoja queda firmada por el enfermero y el cardiólogo responsables de la prueba.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Jesús Marín Morgado por su cooperación y a las compañeras del servicio.

BIBLIOGRAFÍA:

- Observatorio de seguridad del paciente, gestores de salud de la junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/listados_verificacion.html
- Artículos publicados en blog La bitácora de la cirugía vascular. Disponible en: http://cvascular.wordpress.com/tag/listado-de-verificacion/
- Página de investigación y prácticas innovadoras on line. Disponible en: http://www.saludinnova.com/practices/view/1033/
- Artículos publicados check list. Manual de aplicación de la lista OMS de la verificación de la seguridad de la cirugía. Disponibles en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf
- Artículo publicado por la OMS en 2009, la reducción de muertes y eventos adversos por la utilización de chek list quirúrgicos. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/es/index.html
- Observatorio seguridad del paciente. Cheklist quirúrgicos de anestesia vigentes. Disponibles en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicasSeguras/Practicas_seguras_en_Cirugia_y_Anestesia/Listado_de_Verificacixn_de_Seguridad_Quixrgica

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN CARDIOLOGÍA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRESS

NHC: _____APELLIDOS:_____NOMBRE:_____

ENTRADA (enfermero y cardiólogo

❑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- Procedimiento a realizar
- Consentimiento informado

❑ El paciente está en ayunas.
❑ Todos los miembros del equipo se han identificado por nombre y función.

¿Tiene el paciente alergias medicamentosas conocidas?
❑ NO ❑ SÍ

¿Tiene el paciente alergia a la medicación a administrar (dobutamina, dipiridamol, metilergonovina,…?
❑ NO ❑ SÍ

¿Tiene el paciente antecedentes de arritmias malignas?
❑ NO ❑ SÍ

Idoneidad del tratamiento actual:
❑ NO ❑ SÍ

PROCEDIMIENTO (enfermero y cardiólogo)

❑ Confirmado que todos los miembros del equipo están presentes y preparados.

❑ El paciente ha recibido y comprendido las instrucciones a seguir.

❑ Pulsioxímetro en el paciente. Comprobar correcto funcionamiento.
❑ Monitorización de EKG y Presión Arterial.

❑ Anticipación de sucesos críticos:
- verificación de la seguridad del procedimiento.
- carro de paradas accesible y revisado según protocolo.

❑ Confirmación de la existencia del material necesario y correcto funcionamiento del equipo.

OBSERVACIONES

SALIDA (enfermero y cardiólogo)

❑ Confirmación de constantes vitales y estado general del paciente.

❑ Entregadas las instrucciones escritas sobre reiniciar dieta y actividad habitual.

❑ El paciente y la familia han sido informados de los resultados por el médico realizador la prueba.

❑ El informe del procedimiento y la hoja de enfermería quedan recogidos en la historia clínica.

-Alta domiciliaria: ❑
-Traslado a observación: ❑
-Traslado a UCI: ❑
-Traslado a tratamientos cortos: ❑

Procedimiento:

Fecha:

❑ Cardiólogo

❑ Enfermero

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN CARDIOLOGÍA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFAGICA

NHC: _____APELLIDOS:_____NOMBRE:_____

ENTRADA (enfermero y cardiólogo

❑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- Procedimiento a realizar
- Consentimiento informado

❑ El paciente está en ayunas.
❑ Todos los miembros del equipo se han identificado por nombre y función.

¿Tiene el paciente alergias medicamentosas conocidas?
❑ NO ❑ SÍ

¿El paciente ha retirado prótesis dentales?
❑ No procede ❑ SÍ

¿En caso de ecocardiografía transesofágica previa a cardioversión: se ha confirmado FA/ Flutter ?
❑ NO ❑ SÍ ❑ No procede

Idoneidad del tratamiento actual:
❑ NO ❑ SÍ

PROCEDIMIENTO (enfermero y cardiólogo)

❑ Confirmado que todos los miembros del equipo están presentes y preparados.

❑ El paciente ha recibido y comprendido las instrucciones a seguir.

❑ Pulsioxímetro en el paciente. Comprobar correcto funcionamiento.
❑ Monitorización de ritmo cardiaco y Presión Arterial.

❑ Anticipación de sucesos críticos:
- verificación de la seguridad del procedimiento.
- carro de paradas accesible y revisado según protocolo.

❑ Confirmación de la existencia del material necesario y correcto funcionamiento del equipo.

OBSERVACIONES

SALIDA (enfermero y cardiólogo)

❑ Confirmación de constantes vitales y estado general del paciente.

❑ Entregadas las instrucciones escritas sobre reiniciar dieta y actividad habitual.

❑ El paciente y la familia han sido informados de los resultados por el médico realizador de la prueba.

❑ El informe del procedimiento y la hoja de enfermería quedan recogidos en la historia clínica.

-Alta domiciliaria: ❑
-Traslado a observación: ❑
-Traslado a UCI: ❑
-Traslado a tratamientos cortos: ❑

Procedimiento:

Fecha:

❑ Cardiólogo

❑ Enfermero

MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) GRADO I-II EN TRATAMIENTO CON APÓSITOS HIDROCOLOIDES

MANAGEMENT OF PRESSURE ULCERS (UPP) GRADE I-II IN TREATMENT HYDROCOLLOID DRESSINGS

- **Lidia Martínez Martínez**[1]
- **Mª Ángeles Carrasco Cejudo**[2]

[1] D.E. en residencia de ancianos Mairena del Aljarafe. (Sevilla).

[2] D.E. en Unidad de estancia diurna de personas mayores. (Sevilla).

Resumen

La actividad de enfermería en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión mantiene una estrecha relación con el gasto sanitario.
Un diagnóstico temprano de una UPP supondría para el paciente, el principal afectado, un alivio tanto a nivel de dolor como en calidad de vida. Por otro lado para la sanidad pública sería un ahorro importante de materiales y fungibles, ya que a medida avanzan los estadios de las úlceras, se prolongan en el tiempo, aumentando así la cantidad de recursos utilizados en su curación.
Por ello es muy importante concienciarnos en un tratamiento protocolizado, para conseguir una rápida y temprana actuación.
Teniendo en cuenta todo esto, la utilización de apósitos hidrocoloides en UPP en grado I, está siendo una pieza clave en el primer eslabón de actuación en el tratamiento de este tipo de lesiones.

PALABRAS CLAVE:

- Úlcera
- Apósitos hidrocoides
- Valoración
- Gasto sanitario

Abstract

Nursing activity in the prevention, diagnosis and treatment of pressure ulcers has a close relationship with care costs.
Early diagnosis of a UPP would be for the patient, the most affected, both in relief of pain and quality of life. In addition to public health would be significant savings in materials and consumables, because as advance stages of ulcers, are prolonged in time, increasing the amount of resources used in their healing.
It is therefore very important to us aware of a treatment protocol, for fast and early action.
Given all this, the use of hydrocolloid dressing in pressure ulcers grade I, being a key link in the first action in the treatment of these injuries.

KEY WORDS:

- Ulcer
- Hydrocolloid dressings
- Nursing assessment
- Health care costs

INTRODUCCIÓN:

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir, por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en zonas donde existen prominencias óseas, ya que la compresión en la zona de apoyo con el hueso provoca la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos zonas pueden ser sometidas a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel. Si bien no es una enfermedad exclusiva del anciano (también ocurre en otras enfermedades o situaciones), las personas mayores tienen un promedio de más del doble de probabilidad de padecerla. Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas ulceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones.
Según el GNEAUPP, un estudio realizado en Estados Unidos en 2004, afirma que más de una de cada 10 personas ingresadas en residencias de ancianos, tenían algún

tipo de úlceras de decúbito en el año. Esto se traduce en más de 159.000 residentes con úlceras por presión.

1) Zonas más propensas de las UPP.

Suelen ser las zonas de prominencias óseas y se dan sobre todo en pacientes encamados o de movilidad reducida, donde su condición de dependencia les hace más vulnerables a padecer estas lesiones ya que están expuestos de forma más directa a los factores de riesgo.
De aquí la importancia de los cambios posturales, la hidratación y la prevención. (Figura 1)

Fig. 1. Zonas con mas presión

2) Valoración de UPP.

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos.

ESTADIOS DE LAS UPP

Estadio I:
Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local). (Figura 2)

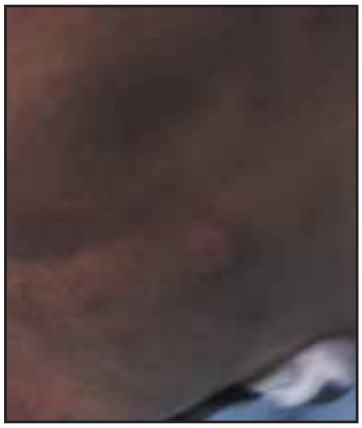


Fig. 2. UPP Grado I

Estadio II:
Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. (Figura 3)

Fig. 3. UPP Grado I

Estadio III:
Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente y/o tunelaciones. (Figura 4)

Fig. 4. UPP Grado II

Estadio IV:
Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente. Normalmente hay exudado. (Figura 5)

Fig. 5. UPP Grado IV

Además de las úlceras producidas por el roce o la presión, podemos enfrentarnos a úlceras vasculares, donde la valoración para identificar si son de tipo venosa o arterial es diferente por el tipo de bordes, profundidad, exudado, piel periulceral, edema, pulsos, dolor y ausencia de vello.

Existen diferentes tipos de escalas que nos ayudan en la valoración del paciente para saber su vulnerabilidad antes la aparición de UPP y así poder prevenirlas. Entre ellas las más utilizadas en el ámbito de enfermería son la escala de Norton, la escala EMINA y el índice de Barthel, existiendo otras como la Escala de Braden, la escala de Arnell, la escala Nova 5, y la escala de Waterlow… (Figura 6)

ESCALA DE NORTON

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.PLENA	4.NINGUNA
3.DÉBIL	3.APÁTICO	3.CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SILLÓN-CAMA	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA O FECAL
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.ENCAMADO	1.INMOVIL	1.URINARIA Y FECAL

PUNTUACIÓN

Fig. 6. Escala de Norton

TRATAMIENTO:

En el ámbito de la enfermería nos encontramos diversas formas y métodos de cura de este tipo de lesiones, las cuales suelen variar dependiendo de los conocimientos y la experiencia de cada profesional. Teniendo en cuenta la relevancia que hoy día está teniendo la cura en ambiente húmedo (CAH) y basándonos en la experiencia que nosotras hemos tenido en la práctica con este tipo de método, pasamos a describir lo que en la actualidad nos consta que es un buen tratamiento para este tipo de lesiones.

Hemos comprobado que en un gran número de pacientes que presentaron úlceras en grado I y II, el diagnóstico y la utilización precoz de los apósitos hidrocoloides resultó efectivo en la evolución y cicatrización de este tipo de lesiones. Esto supone un alivio para el paciente en cuanto al dolor, alteración y disminución de la calidad de vida. Además conlleva un importante ahorro en materiales y fungibles el hecho de que la úlcera no avance de estadío.

El hidrocoloide reacciona con el lecho fluido de la lesión formando un gel que favorece la regeneración de los tejidos, ya que crea un medio óptimo para la cinética del crecimiento del tejido de granulación. A la vez este gel permite una fácil limpieza y cura sin dañar a los tejidos de reciente formación.
Existen en el mercado varios tipos de apósitos hidrocoloides y aprovechando la versatilidad que presentan podemos hacer diferentes usos:

- Protección.
- Favoreciendo el tejido de epitelización y/o granulación
- Control de exudado leve o moderado. (Figura 7)

Principales ventajas:

- Fácil manejo ya que el mismo apósito actúa en las 3 fases de cicatrización.
- Por su impermeabilidad, permite el lavado de la zona, característica indispensable en úlceras en zonas sacrocoxigea o glútea, sobre todo en pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal.

Fig. 7. Tipos de apósitos hidrocoloides

- Contribuye a la lesión frente a posibles contaminaciones por gérmenes y ante agresiones mecánica, reduciendo la infección ya que se produce una mejoría en la síntesis de colágeno y una aparición temprana de un mayor número de macrófagos en el lecho de la herida.
- Rapidez en la realización de la cura.
- Cambios cada vez más espaciados en el tiempo lo cual es más cómodo en calidad de vida para el paciente y en nuestra carga de trabajo diaria.

Existen diversas marcas que son dispensables por la seguridad social. (Figura 8-9-10) (Figura 11-12-13)

Fig. 8, 9 y 10. Evolución UPP grado I zona sacra en tratamiento con apósitos hidrocoloides

Fig. 11, 12 y 13. Evolución úlcera en zona maleolar externa en tratamiento con hidrocoloides

CONCLUSIONES:

La prevención en la aparición de úlceras debe ser algo prioritario en nuestro trabajo, por lo que una buena valoración del riesgo supone la no aparición de estas lesiones, evitando como ya hemos dicho anteriormente, la situación dolorosa, el avance en la gravedad de la lesión y el aumento del gasto de material de cura. Nos reiteramos basándonos en nuestro trabajo diario donde la utilización de apósitos hidrocoloides en estadios tempranos es fundamental para impedir el avance del estadiaje y manejo de la lesión, además de todas las ventajas enumeradas en apartados anteriores

Por esto mismo, resaltamos la importancia de la utilización continua de escalas, del seguimiento adecuado y registro de nuestra actividad en cada valoración para poder actuar a tiempo.

AGRADECIMIENTOS:

Nos gustaría aprovechar este artículo para agradecer a nuestros pacientes y familiares, que nos han permitido, con su autorización, la publicación en esta revista de fotografías de sus lesiones, colaborando con nosotros y con la enfermería en general de forma divulgativa y confiando siempre en el avance de la profesión.

A todas aquellas personas que en su día, hicieron que nos interesáramos por el tema de las curas, y por la enfermería en general, explicando y dándonos herramientas donde leer, estudiar, aprender y así tomar decisiones de forma responsable. Nos enseñaron que la enfermería es una ciencia con competencias independientes y donde los avances son cada día mayores, gracias a personas emprendedoras y dedicadas a la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Alcera

Guía práctica en cuidados de lesiones crónicas (ConvaTec S,L.)

http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html

www.ulceras.net

http://www.gneaupp.es/app/noticias/noticia.asp?id=63

www.bbraun.es

PERFIL DEL USUARIO DE PIERCING
PROFILE OF THE USER OF THE PIERCING

- **Nieves García Castillo**[1]
- **Carolina Mª Basso Ruiz**[2]

[1]Diplomada en Enfermería. Enfermera en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
[2]Diplomada en Enfermería. Enfermera en Centro Piercing Neptuno (Granada).

Resumen

El piercing, a pesar de la creencia actual, es tan antiguo como la propia historia, motivo por el cual surgen modas que lo ponen más o menos en relieve a escala social. Es por ello que surge este artículo, pues en el ámbito sociocultural, la población desconoce los beneficios de un material frente a otros o la evolución de las técnicas perforadoras.
Además, también es desconocido, por la falta de bibliografía sobre el tema, quién demanda esta moda, intentando conocer sus características demográficas o, cuál es el cómputo total de la demanda existente con su respectivo número de complicaciones, de mayor o menor importancia.
A todos estos aspectos, se le ha intentado dar respuesta a través de este estudio descriptivo realizado en "Centro Piercing Neptuno" de Granada, durante los meses de mayo, junio y julio del año 2010.

PALABRAS CLAVE:

- Piercing
- Perforación cutánea
- Titanio
- Acero quirúrgico
- Usuarios

Abstract

The piercing, in spite of the current belief, is so ancient as the own history, motive for which there arise modes that put it more or less in relief to social scale. It is for it that arises this article, so in the sociocultural area, the population does not know the benefits of a material opposite to others or, the evolution of the technical drills.
In addition, also it is not known, for the lack of bibliography on the topic, who demands this mode, trying to know his demographic characteristics or, which is the total calculation of the existing demand with his respective number of complications, of major or minor importance.
To all these aspects, response has tried to give him across this descriptive study realized in "Center Piercing Neptuno" (Granada), during the months of May, June and July 2010.

KEY WORDS:

- Piercing
- Drilling
- Titanium
- Surgical steel
- Users

INTRODUCCIÓN:

La perforación cutánea o "piercing" se entiende, en una definición bastante rigurosa dada por el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, como "la técnica consistente en la perforación con agujas u otros instrumentos punzantes en la piel, mucosas u otros tejidos con el fin de colocar en la abertura obtenida un objeto". [1]
Esta técnica es, en nuestra sociedad, un elemento sometido a modas y tendencias, que es utilizado por el usuario como elemento meramente estético o como fuente de placer y, a pesar de estar claramente vinculada con la Enfermería nos es ajena, ya sea por desconocimiento, indiferencia profesional o rechazo por las connotaciones que la rodean. [2]
Tanto los materiales como las técnicas que se utilizan, han evolucionado a lo largo del tiempo. En la actualidad, encontramos el acero quirúrgico y el titanio, como materiales más demandados. Sus características son las siguientes: [3]

- Acero Quirúrgico, compuesto por una aleación de cromo (12–20%), molibdeno (0,2- 3%) y, en ocasiones, níquel (8-12%), que da como resultado un material de fácil limpieza y esterilización, fuerte y resistente a la corrosión. Una complicación potencial de este material

deriva de las posibles reacciones sistémicas al níquel.
- Titanio, material ligero, de alta resistencia a la corrosión y con propiedades biocompatibles, dado que los tejidos toleran su presencia, por lo que es factible para los implantes. Su precio es más elevado que el Acero Quirúrgico.
- PTFE (Teflón o Politetrafluoroetileno): Material sintético, flexible, biocompatible. Se puede esterilizar a 160 , cortar a medida. Translucido. No se conocen reacciones alérgicas hasta el momento.

Respecto a las técnicas para realizar una perforación, se debe señalar que tanto ésta como los materiales que se usen deben de estar estériles y, las agujas y demás utensilios desechables, de un solo uso. [4,5]
Así, la necesidad de un buen auto cuidado de la perforación y una buena técnica, es imprescindible dada la cantidad de complicaciones que pueden derivarse de dicha técnica, siendo este aspecto el que desarrolla un profesional enfermero, pues el usuario tiene las máximas garantías posibles, aspecto que se ve reforzado en el Decreto 35/2005, de 10 de Marzo, de la Comunidad de Madrid, en el que los Diplomados de Enfermería están exentos de realizar cursos de formación específicos para realizar el acto de la perforación por tener los conocimientos suficientes, como se indica en el artículo 15 de dicho Decreto [6].Aspecto que se ve reforzado por la disposición que aparece en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº 48 del 11 de Marzo de 2010, en el que también se regula la convalidación de la formación teórico-práctica para aplicación de perforaciones cutáneas, a través del Decreto 286/2002, de 26 de Noviembre. [1,7].
Después de realizar una búsqueda bibliográfica detallada del tema que nos ocupa, decir que la bibliografía encontrada en muy escasa a nivel español, pudiéndose afirmar que en España no existen estudios de importancia sobre perforaciones cutáneas que nos indique la prevalencia real sobre esta técnica. Lo que se ha encontrado es un artículo publicado en el periódico IDEAL, que cita textualmente: [8] "se estima que más de 4.000 granadinos se someten cada año a tatuajes o perforaciones", aspecto que a la hora de elaborar nuestro estudio se ha demostrado que el número de usuarios que se someten, al menos a la técnica de las perforaciones, es mayor.
Es por ello, que consideramos necesario la realización de éste estudio, con la finalidad de conocer el perfil del usuario de piercing y, comenzar a crear una bibliografía que repercute a la Enfermería, ya que " esta nueva demanda hace referencia a técnicas y situaciones que la profesión vive diariamente, como la perforación de tejido con agujas y el manejo de instrumental punzante, con la salvedad de que hasta ahora nunca ha sido con fines decorativos, sino para mejorar o preservar la salud de los pacientes" [9]

OBJETIVOS:

1. Conocer el perfil del usuario de piercing (tipo de población, género, edad, zona perforada, anestesia utilizada…).
2. Estimar la prevalencia de las perforaciones cutáneas más usuales en una clínica de piercing.

METODOLOGÍA:

La investigación ha seguido una línea cuantitativa descriptiva, a través de 1120 casos buscamos describir y explicar a grandes rasgos distintos aspectos derivados de la técnica de la perforación cutánea, como han sido la media de la edad poblacional o la moda respecto al piercing más demandado, pudiéndose hacer diferencias incluso por sexos. Todos ellos, aspectos susceptibles de poder ser cuantificados a través de las etiquetas realizadas en el estudio.
El estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo, junio y julio del año 2010, a través de una muestra probabilística aleatoria simple de la población, con validez estadística debido a que reproduce de una manera exacta las características de la población usuaria del piercing pues los usuarios se escogieron al azar.
El procedimiento para la recopilación de datos ha sido la observación, ya que los datos se recogían en una hoja de registro conforme los usuarios llegaban al estudio donde se realizaban las perforaciones.
En la hoja de registro se registraban los diferentes parámetros que luego han servido para poder obtener las distintas variables del estudio, que fueron:

- Edad (expresada en años).
- Género (masculino / femenino).
- Localización (mucosa oral, cartílago, piel, genitales, superficies y dermal).
- Zona (labio, lengua, frenillo lengua, labio, nariz, cartílago del pabellón auditivo, septum (cartílago situado entre ambas fosas nasales), industrial (barra de 3cm de media, que atraviesa el cartílago de la oreja por dos zonas), ceja, pezón, ombligo, genitales, superficies (perforación realizada en cualquier parte del cuerpo –surface–, dermal (pieza que se introduce dentro de la piel, sobresaliendo sólo la decoración) y, otras localizaciones).
- Otras anotaciones (si lo tuvo anteriormente o si fue necesario repetir la técnica).

Esta forma de registrar información presenta como ventaja el obtener información independientemente del deseo de proporcionarla y el poder estudiar los fenómenos en su contexto y sin intermediarios.
La evaluación estadística se realizo con el programa SPSS 15.0 para Windows, realizando básicamente un análisis descriptivo de las variables recogidas. Los gráficos se realizaron con el programa Microsoft Excel 2004 para Windows.

RESULTADOS:

El tamaño muestral fue de 1120 sujetos, siendo la edad media de 19,71 años con una desviación típica de 7,05, siendo 2 meses el valor mínimo y 74 años el valor máximo.

Con respecto a la variable género hubo un predominio del género femenino con un porcentaje del 67,1%, frente al 32,9% del género masculino.
En lo que refiere al área de colocación del piercing, se establecieron dos variables para la recogida de datos (zona y localización).
La zona que obtuvo mayor frecuencia fue la mucosa oral con un 31,6%, siendo la menos frecuente los genitales con un 0,5% del total, el resto se puede observar en el Gráfico 1 (Anexos).
Si tenemos en cuenta la localización según la zona, cabe destacar que en la mucosa oral, el piercing más frecuente fue el del labio 23,4%, en la piel el que más se realizo fue el del ombligo con un 13,8%, y la nariz obtuvo el mayor porcentaje en la zona del tejido cartilaginoso con un 11,7%.
En el apartado de anexos, en la Tabla 1, se muestran las distintas proporciones de la localización según la zona.
Entre las asociaciones del genero y la zona encontramos asociado al género masculino el piercing de la ceja 11, 41% (3,05% en las mujeres) y una asociación del género femenino con el piercing del ombligo 19,57% (2,17% en los hombres). El resto de las proporciones se expone en la Tabla 2 (Anexos).
En cuanto al material usado para la primera puesta del piercing, el más utilizado fue el acero quirúrgico 54,70%, seguido del titanio y del PTFE como se puede observar en el Gráfico 2 (Anexos).
Referir que un 12% de los usuarios ya habían tenido el piercing anteriormente en la misma localización y que del total de la muestra, solamente en un 0,6% de los casos fue necesario repetir la técnica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El intervalo de edad que obtuvo mayor prevalencia de perforaciones cutáneas fue entre los 16 y los 20 años de edad, presentándose un 48,1% del total de las perforaciones, esto indica una mayor prevalencia de piercing en edades más tempranas, disminuyendo el uso de los mismos a medida que aumenta la edad.
A la vista de los resultados de nuestro estudio, se puede afirmar que existe una mayor prevalencia de usuarias del género femenino, 67,1% del total, esto podría deberse al azar, o simplemente a que socioculturalmente hablando la mujer ha estado siempre más preocupada por la estética.
Para los adolescentes la apariencia corporal es muy importante y para ellos un piercing es un elemento puramente estético desde su realidad, pero no hay que olvidar la necesidad de que este procedimiento sea realizado por profesionales que desde el punto de vista sanitario garanticen la correcta realización de las técnicas y conciencien a los usuarios de piercing de la importancia de llevar a cabo unos cuidados adecuados, para lograr una correcta curación y prevenir infecciones y otras complicaciones asociadas.
En cuanto a las relaciones entre el género del usuario y la zona perforada, encontramos asociado al género masculino perforaciones que habitualmente se vienen realizando los varones, como por ejemplo en la ceja y zonas asociadas al género femenino, como el ombligo o la nariz que siempre han ido unidas a la mujer al considerarse como algo mas femenino. Aunque a la vista de nuestra práctica diaria podemos afirmar que también se aprecian cambios en este sentido al igual que culturalmente también se están produciendo.
Si tenemos en cuenta la edad en la que se hicieron más piercing, encontramos que en el género masculino fue a los 17 años con un 13,31% del total y a los 16 años en el género femenino el 15, 55%, con lo que podemos afirmar de nuevo que la mujer empieza a inquietarse mas precozmente por la moda y las tendencias.
Para finalizar exponer, que según nuestro estudio, el perfil del usuario de piercing sería una mujer con una edad media de 19,71 años siendo la zona más prevalente la mucosa oral y dentro de esta el labio, seguida de la piel con el ombligo.

ANEXOS

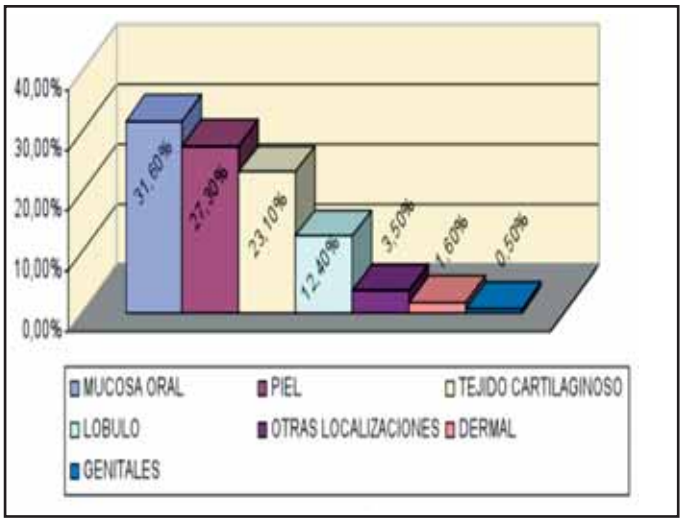


Gráfico 1: Frecuencia de las zonas de colocación de piercing.

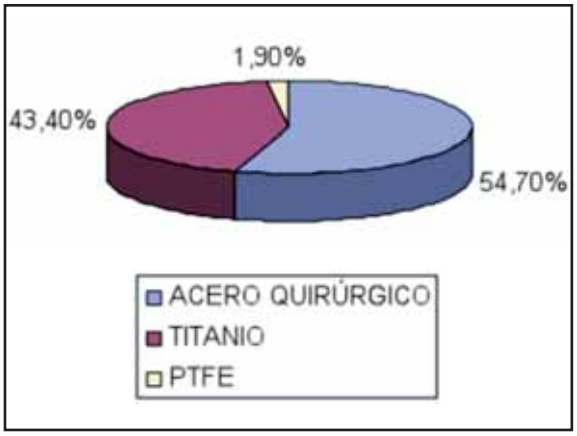


Gráfico 2: Material utilizado para la realización de piercing.

ZONA	LOCALIZACIÓN
MUCOSA ORAL (31,6%)	Labio 23,4% Lengua 8,2%
PIEL (27,3%)	Ombligo 13,8% Ceja 5,8% Pezón 4,3% Superficies 3,3%
TEJIDO CARTILAGINOSO (23,1%)	Nariz 11,7% Tragus 6,9% Cartílago auricular 3,9% Septum 0,4% Industrial 0,2%
GENITALES (0,5%)	Masculino 0,2% Femenino 0,3%

Tabla 1: Porcentajes según zona y localización.

ZONA / GÉNERO	LABIO	LENGUA	OMBLIGO	CEJA	NARIZ
GÉNERO MASCULINO	21,73%	11,40%	2,17%	11,41%	6,79%
GÉNERO FEMENINO	25,93%	9,14%	19,57%	3,05%	14,09%

Tabla 2: Porcentaje de las zonas de realización del piercing en función del género.

Imagen 1

Imagen 2

BIBLIOGRAFÍA:

1. Madrid.org, Registro de establecimientos de tatuajes, micropigmentación, perforación cutánea (“Piercing”) u otras prácticas de adorno corporal. [Acceso el 12 de Febrero de 2011]. Disponible en http:// www.madrid.org
2. [Decreto 286/2002. Actividades relativas a la aplicación de técnicas de tatuaje y perforación cutánea (piercing). Boletín oficial de la Junta de Andalucía, nº 144 (7-12-2002)].
3. Wikipedia.com [sede web][acceso el 2 de febrero de 2011]. Disponible en www.wikipedia.com
4. Lastra Félix, Marcos. Nuevas técnicas en enfermería. Los anillos corporales (Piercings): Anillo supraorbital. Enfermería Comunitaria (rev. Digital) 2008, 4(2).
5. Cortés Rico O. Salud Joven: preguntas más frecuentes en la adolescencia. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid (2002).
6. Decreto 35/2005. Regulación de las prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea (“piercing”) u otras similares de adorno corporal. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid Nº 83. (8-4-2005).
7. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 28:40 (11-3-2010).
8. Allende M. Médicos y enfermeros exigen que se prohíban los tatuajes y piercing sin control sanitario. Ideal Digital. 3-2-2009].
9. Lastra Félix M. Piercings. Una nueva demanda para enfermería. Rev. ROL Enf. 2004; 27(3):224-228.

GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN BEBES Y NIÑOS PEQUEÑOS

ROTAVIRUS GASTROENTERITIS IN BABIES AND YOUNG CHILDREN

- **Nuria Garzón Sánchez**[1]
- **Marco Antonio Zapata Sampedro**[2]
- **Rocío Sevillano Briones**[3]

[1]Diplomada en Enfermería. Hospital General Virgen del Rocío. Sevilla.
[2]Diplomado en Enfermería. Centro de Salud Polígono Norte de Sevilla.
[3]Diplomada en Enfermería. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

El rotavirus es la primera causa de diarrea infecciosa en niños, sobretodo en menores de 2 años.
Se transmiten por la ruta fecal-oral, infectando células del intestino delgado provocando una gastroenteritis cuyos principales síntomas son fiebre, vómitos, dolor abdominal y diarreas. Como complicaciones más importantes están la deshidratación y consiguiente desequilibrio hidroelectrolítico y la intolerancia a la lactosa de manera transitoria.
El periodo de incubación es de 3 a 9 días.
La inmunidad se produce después de la infección. Es altamente contagioso, teniendo una diseminación frecuente en guarderías, colegios y familias.
Para detectar el rotavirus el método de elección es el ELISA.
El tratamiento consiste en la administración de líquidos y electrólitos para evitar la deshidratación. Siempre que sea posible la vía oral será la vía de elección y en casos más graves será necesario la administración por vía intravenosa.
La mejor forma de prevención es por medio de una adecuada manipulación de los alimentos y del lavado cuidadoso de las manos.
Se recomienda la vacuna en los bebés comenzando a la edad de 2 meses.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Rotavirus
- ✔ Fiebre
- ✔ Vómitos
- ✔ Diarreas
- ✔ Deshidratación
- ✔ Electrolitos

Abstract

Rotavirus is the leading cause of infectious diarrhea in children, especially in children under 2 years.
They are transmitted by the fecal-oral route, infecting cells of the small intestine causing gastroenteritis whose main symptoms are fever, vomiting, abdominal pain and diarrhea. As major complications are dehydration and electrolyte imbalance and therefore lactose intolerance temporarily.
The incubation period is 3 to 9 days.
Immunity occurs after infection. It is highly contagious, having a common spread in kindergartens, schools and families.
To detect rotavirus method of choice is the ELISA.
Treatment consists of fluids and electrolytes to prevent dehydration. Whenever possible the oral route is the choice and in severe cases will require intravenous administration.
The best prevention is through proper food handling and thorough hand washing.
The vaccine is recommended for infants starting at age 2 month

KEY WORDS:

- ✔ Rotavirus
- ✔ Fever
- ✔ Vomiting
- ✔ Diarrhea
- ✔ Dehydration
- ✔ Electrolyte

INTRODUCCIÓN

R*otavirus* es un género de virus perteneciente a la familia Reoviridae. Los Rotavirus adquieren su nombre a causa de su apariencia bajo el microscopio electrónico en forma de rueda. Hay 7 serotipos desde la A hasta la F, tres de los cuales (Grupo A, B y C) infectan a los humanos. El grupo A es el más común y el más esparcido, causando el 90% de las infecciones.
Se transmiten por la ruta fecal oral, infectando células del intestino delgado, provocando una gastroenteritis que puede llevar a una diarrea e incluso deshidratación. Una vez que el virus se pone en contacto con las células del intestino, las mata disminuyéndose así el área de absorción y por lo tanto se crea un flujo de líquidos por esa área ocasionándose la diarrea. Se sabe que el virus puede viajar por aire y por lo tanto posiblemente ser transmitido también por vía respiratoria, pero este tema está aún bajo estudio.
El Rotavirus es la primer causa de diarrea infecciosa en niños, sobre todo en menores de 2 años de edad.
La infección por Rotavirus tiene un período de incubación de 1 a 3 días y se manifiesta por diarrea, generalmente acompañada de vómito y fiebre.
El rotavirus es infeccioso y altamente contagioso. Afecta a los niños de todo el mundo más allá de su origen étnico, cultura, clase social o nivel socio-económico.
La incidencia es similar tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados.
La infección puede ocurrir aún en lugares donde se cuenta con niveles adecuados de higiene, lo cual sugiere que las diferencias en el entorno (agua, higiene y saneamiento) no afectan la incidencia.
No se ha comprobado que la lactancia materna prevenga la infección pero puede asociarse a infección mas leve.
Las reinfecciones son frecuentes pero son mas leves que la primera infección.
La dosis infectante se presume que es de 10-100 partículas virales infecciosas, ya que una persona con rotavirus frecuentemente excreta una gran cantidad de partículas virales: en el orden de (10^8-10^{10} partículas infecciosas /ml de heces). La vía de contagio se da a través del contacto con manos, objetos o utensilios contaminados. El período de incubación de la enfermedad por rotavirus es de aproximadamente 2 días. La enfermedad está caracterizada por vómito y diarrea acuosa de 3 a 8 días, y fiebre con dolor abdominal ocurre con frecuencia. La inmunidad se produce después de la infección. Infecciones posteriores tienden a ser menos severas que la infección original.
El contagio es por el contacto con personas infectadas, pero como el virus puede estar en las heces antes del inicio de la diarrea y 10-12 días después de los síntomas en personas aparentemente normales, los juguetes y las superficies duras de las guarderías y la casa pueden ser un mecanismo importante de transmisión. No se ha comprobado la transmisión de animales a humanos.
La diarrea por Rotavirus tiene una diseminación frecuente en instituciones y familias.
La infección por este virus, no deja una inmunidad permanente sino hasta después de varios ataques, la única ventaja de esto, es que los ataques subsecuentes siempre son de menor intensidad que el primero.
Es importante mencionar que aunque la infección es causa de diarrea de intensidad variable, los agentes Anti-diarréicos no estarán indicados como parte del tratamiento, ya que se requerirían en dosis altas y frecuentes, haciendo que las posibilidades de reacciones adversas por parte de ellos sean potencialmente mortales. El tratamiento se enfocará siempre a evitar lo más posible la deshidratación, y corregir el balance de electrolitos en el organismo.
Los estudios sobre la historia natural de la infección por rotavirus han revelado que la replicación del rotavirus está restringida a las células epiteliales maduras en las vellosidades del intestino delgado. El virus se transmite de persona a persona por la ruta fecal-oral. No hay evidencia significativa de que el virus se pueda transmitir por vía respiratoria, aunque ocasionalmente se ha identificado al virus en las secreciones de las vías aéreas. Una vez ingerido, el virus alcanza el intestino. La replicación progresa desde el intestino proximal hacia el distal.
Los enterocitos maduros (células del intestino) en el extremo distal de las vellosidades son destruidos esfacelándose posteriormente hacia la luz intestinal. Quizás la isquemia juegue también un papel importante en esta lesión además del daño directo por los virus. Estos eventos son seguidos de una respuesta blástica de las células de la cripta, las cuales tienden a reepitelizar las vellosidades lesionadas.
La diarrea que ocasiona esta enfermedad puede resultar de una o más de las siguientes situaciones:

1) Disminución de la superficie de absorción
2) Alteración de la integridad epitelial
3) Deficiencia de disacaridasas (Enzimas)
4) Desequilibrio de los mecanismos de contracorriente con el resultado final de secreción de líquido por el intestino.

Como ya se ha señalado, la infección por rotavirus es mucho más frecuente en los niños de 6 meses a 2 años de edad que lo que se observa antes o después de este intervalo. Varios estudios en animales apoyan la hipótesis de que la mala nutrición o las infecciones bacterianas asociadas con la enfermedad viral pueden incrementar la severidad de la gastroenteritis por rotavirus.

CONSECUENCIAS FISIOPATOLÓGICAS DE LA DIARREA

Deshidratación. Es la más importante consecuencia clínica de la diarrea aguda, independientemente de su etiología. Su manejo correcto es un aspecto fundamental. La utilización de la hidratación por vía oral nos brinda la posibilidad de disminuir los efectos catastróficos de las diarreas. La facilidad de su preparación y administración tiene una gran importancia, sobre todo en aquellos programas dirigidos a grandes poblaciones. Dado que los pacientes rehidratados por la vía oral ganan más peso que aquellos que lo hacen por vía parenteral, se piensa que con este proceder se puede contribuir a prevenir la desnutrición asociada con diarreas reiteradas.

Deficiencia de Lactasa. Una vez en el organismo, el rotavirus se replica en la mucosa del intestino delgado proximal (duodeno y parte alta del yeyuno) y producen una rápida destrucción de las vellosidades (enterocito), con lo que se reduce considerablemente la capacidad de absorción. Además, ocurre una alteración en el transporte de iones y aumentan los hidratos de carbono intraluminales, lo que lleva a la salida osmótica de agua y electrolitos hacia la luz intestinal. Así pues, durante una infección del epitelio intestinal se pierden las disacaridasas (Enzimas digestivas) del borde en cepillo de los enterocitos. La lactasa es la primera disacaridasa en desaparecer durante estos padecimientos y la última que se recupera una vez solucionado el problema infeccioso. Por lo tanto no se puede digerir bien la lactosa de la leche.
Como ya hemos visto, la diarrea por Rotavirus es grave, pero lo son mas sus complicaciones (Deshidratación y desnutrición). Algunos consejos prácticos y fáciles de llevar acabo para la prevención:

- Lavarse y cepillarse las manos antes de preparar cualquier tipo de alimento; también hacerlo antes y después de ir al baño.
- Lavarle las manos al bebé antes de comer; al hacerlo evita que su bebe ingiera también Rotavirus, los cuales llegan hasta el intestino.
- Lavar bajo el chorro del agua y desinfectar muy bien las frutas.
- No secarlas con cualquier trapo, hacerlo con uno bien limpio y exclusivo para el uso del bebé.
- Lavar muy bien todo lo que el bebé se pueda llevar al a boca (platos, cubiertos, biberones, mordedores, chupetes, etc.)

Para prevenir la deshidratación existen las soluciones electrolíticas, que aportan agua y sales. Estas se deben de dar poco a poco en dieta fraccionada para que no las vomite ya que si le damos mucha lo más seguro es que la vomiten .
Para evitar la desnutrición es sumamente importante el no dejar de alimentar al niño durante las infecciones por rotavirus, pero quitando los nutrientes que no puede digerir (como la lactosa que es el azúcar de la leche). Hay fórmulas infantiles, como las de Soja y almendras , que además de cubrir las necesidades energéticas del niño, no contienen lactosa y así, son bien toleradas. Aunque las fórmulas más indicadas son las sin lactosa que venden en farmacias y supermercados. Y no olvide, en casos de diarrea, si esta vomitando y no tolera nada por vía oral es muy importante que tenga comunicación estrecha con su pediatra.

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas que de manera mas frecuente causa una infección gastrointestinal por Rotavirus son: fiebre, vómito, dolor abdominal y diarrea líquida no sanguinolenta los cuales tienen un rango de duración de 3 a 9 días.
La infección por rotavirus invariablemente se acompaña de la invasión del epitelio del intestino proximal. Esta infección puede extenderse al resto del intestino delgado y quizá hasta del epitelio y el colon. El cuadro clínico varía en su presentación desde aquellos casos que se presentan únicamente como portadores asintomáticos, hasta aquellos casos con manifestaciones severas y, en ocasiones, fatales. El periodo de incubación es de 48 a 72 horas seguido por la instalación súbita de vómito y diarrea. Muchos niños tienen un cuadro prodrómico respiratorio. Hasta en casi la mitad de los pacientes el vómito precede a la diarrea por 2 a 6 horas; en los demás aparecen de manera simultánea. En 10% de los pacientes no ocurre vómito pero la diarrea es invariable. El número de evacuaciones varía de 3 a 12 en un día, con característica acuosa, abundante y con poco material sólido, y mucho gas . Hasta en dos terceras partes se presenta fiebre y en 5% de los casos el primer dato clínico puede ser un cuadro convulsivo secundario a ella.
Cerca de la mitad de los pacientes cursan con deshidratación, habitualmente de leve intensidad; no obstante, algunos investigadores han encontrado que la deshidratación por diarrea secundaria a infección por rotavirus puede ser más grave que aquella observada en infecciones bacterianas tales como las causadas por las shigelas y por la Escherichia coli enterotoxigénica. El periodo de recuperación es de 4 a 7 días, aunque se han informado periodos de hasta 26 días. De manera excepcional se ha reportado también la presencia de sangre en las evacuaciones, pero en esos cuadros deberá pensarse inicialmente en otra etiología del evento diarreico.
Debido a la mala absorción de lactosa o a la intolerancia transitoria a monosacáridos, las infecciones por rotavirus pueden evolucionar de manera más prolongada y con una mayor repercusión en el estado nutricional. La infección por rotavirus en el niño inmunocomprometido puede cursar con una diarrea prolongada con eliminación constante del virus en las evacuaciones.
Los rotavirus propician gastroenteritis aguda y fuerte dolor abdominal.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas que presentan los niños (diarrea acompañada de vómito o fiebre, y habitualmente precedida por un cuadro gripal) sobre todo durante el otoño y el invierno y los datos encontrados durante la revisión física son, la mayoría de las veces, suficientes para llegar al diagnóstico, sin embargo se dispone de pruebas específicas y confiables de laboratorio a las que se puede recurrir para confirmarlo. La mayoría de los pacientes puede recibir cuidado en casa hasta su total recuperación, pero en casos de infección severa, la hospitalización para tratar la deshidratación y corregir el desequilibrio hidroelectrolítico puede llegar a ser necesaria. Se diagnostica mas frecuentemente por medio de una sencilla prueba en la cual se buscan antígenos virales en las evacuaciones (Rotatest).
Las partículas de rotavirus pueden estar presentes en la heces de los sujetos infectados en concentraciones de 10 o más por gramo de heces. Este gran número de partículas permiten su detección por varias técnicas inmunológicas. El ELISA es actualmente el método de elección para la identificación de los rotavirus en la mayoría de los laboratorios

y ha sustituido al radioinmunoensayo al tener mayores ventajas tales como mayor estabilidad en los costosos y sofisticados aparatos de detección de la radioactividad. Dicho método resulta muy práctico y ofrece cifras de sensibilidad y especificidad no vistas con anterioridad. Actualmente existen en el mercado conjugados y equipos completos del ensayo para llevar a cabo el diagnóstico de los rotavirus por ELISA.

TRATAMIENTO

No existe tratamiento antiviral específico; sin embargo, las medidas dietéticas según la edad del bebé, basadas en una fórmula láctea especial, papillas de frutas astringentes como manzana y plátano, así como papillas con arroz, pollo y algunas verduras cocidas mantendrán el estado nutricional del bebé en condiciones óptimas. Así también el mantenimiento del estado de hidratación con solución de electrolitos orales ayudarán a una rápida recuperación y a la prevención de complicaciones. El uso de medicamentos en el control de la temperatura o del vómito deberá ser específicamente prescrito por su Pediatra.
La hospitalización del bebé deberá tomarse en cuenta, ya que un 2.5% aproximadamente de los enfermos la requieren y se justifica cuando el bebé no tolera nada por la boca, cuando la diarrea es profusa o cuando el control de la temperatura se vuelve difícil. El objetivo fundamental es rehidratar al bebé por la vena hasta que tolere los alimentos y se restablezca su buen estado general.

Tratamientos:
- PLAN DE TRATAMIENTO A: Para prevenir la deshidratación en niños sin deshidratación clínica.
- PLAN DE TRATAMIENTO B: Para tratar la deshidratación mediante el uso de SRO (sales de rehidratación oral) en pacientes con deshidratación clínica sin shock.
- PLAN DE TRATAMIENTO C: Para tratar con rapidez la deshidratación con shock o los casos de niños que no puedan beber.

PLAN A:
Se debe enseñar a la madre como: Continuar tratando en el hogar el episodio de diarrea de su hijo, dar tratamiento precoz en el hogar a futuros episodios de diarrea.
Explicar que se debe:
- Dar al niño más líquido que lo habitual para evitar deshidratación.
- Usar líquidos fisiológicamente formulados como las sales de rehidratación oral (SRO), sopas agua de arroz, yogur sin aditivos, y alternar con agua pura. Dar tanta cantidad como lo que el niño acepte. Continuar dando estos líquidos hasta que termine la diarrea. No se recomiendan los jugos preparados o bebidas gaseosas, ya que por, lo general, contienen exceso de azúcar, que aumenta la osmolaridad a nivel intestinal.
- Alimentación:
  - Si el niño recibe lactancia materna, debe continuar haciéndolo con mayor frecuencia que lo habitual.
  - Si recibe fórmula artificial debe continuar recibiéndola en la misma cantidad concentración que antes de la diarrea. Para mejorar la tolerancia oral, se le ofrecerá en forma fraccionada.
  - En cuanto a la alimentación sólida, se debe tratar de mantener lo más normal posible, prefiriendo alimentos que se digieran fácilmente como arroz cocido, fideos y pastas, clara de huevo, carne de vacuno, pollo, pavo, pescado. Deben evitarse alimentos ricos en residuos o fibra y con condimentos.
  - Es probable que aumente el número y el volumen de las deposiciones al alimentar al niño, lo que no significa intolerancia a los alimentos o mala absorción intestinal.
  - Control posterior del niño: solo si el niño no mejora en 3 días, o sí desarrolla vómitos frecuentes, decaimiento marcado, sangre fecal, fiebre alta. Volúmenes de SRO a aportar para rehidratación. Edad Volumen de SRO a dar luego de cada deposición alterada.Volumen aproximado a usar en 24 horas.
  - Menores de 2 años :50 a 100 ml. Total en el día: 500 ml.
  - Entre 2 y 10 años: 100 a 200 ml. Total en el día: 1000 ml
  - Más de 10 años Tanto como desee. Total al día: 2000 ml.

Forma de administrar SRO:
- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos a niños menores de 2 años.
- Dar tragos frecuentes a niños más grandes.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos; luego continuar con más lentitud (por ejemplo darle una cucharadita cada 2 a 3 minutos).

PLAN B:
Para tratar deshidratación clínica mediante rehidratación oral:
- Si la madre da pecho, que siga dándolo entre las administraciones de SRO.
- En niños menores de 4 meses que no reciben pecho, se pueden alternar la SRO con agua pura (100- 200 cc en 4 horas).
- Mostrar a la madre como prepara y dar SRO.
- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos a niños menores de 2 años.
- Dar tragos frecuentes a niños mayores de 2 años.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos; luego continuar con más lentitud (por ejemplo darle una cucharadita cada 2 a 3 minutos).
- Si el niño desarrolla edema palpebral, suspender la administración de SRO y dar agua o leche materna. Pasar, posteriormente, al plan A.
- Después de 4 horas, reevaluar al niño cuidadosamente de acuerdo a la tabla. Luego, seleccionar el plan apropiado:
  - Si no hay signos de deshidratación, pasar al plan A.
  - Si todavía hay deshidratación, repetir plan B, pero empezar a ofrecer alimentación tal como se detalla en plan A.

- Si han aparecido signos de deshidratación grave, pasar al plan C.
- Dar a la madre SRO para que le sea administrada al paciente en la casa.
- Dar instrucciones a la madre sobre como realimentar al paciente (según plan A).

PLAN C.
Para tratar deshidratación grave de inmediato.
Si se puede comenzar con líquidos intravenosos (iv) de inmediato:
Empezar con líquidos intravenosos. Dar 100 ml / Kg de solución de Ringer lactato, o si éste no ésta disponible, dar solución de Na cl al 0,9% (salino). Si el paciente puede beber, dar sales de rehidratación oral mientras esté pasando la infusión IV.
Repetir una vez más si el pulso radial no es detectable o todavía es muy débil.

- Dar también SRO tan pronto como el paciente pueda beber.
- Después de 6 horas en menores de un año y después de 3 horas en pacientes mayores, evaluar nuevamente al paciente, usando la tabla de evaluación de hidratación.

SI NO SE PUEDE COMENZAR CON LÍQUIDOS INTRAVENOSOS (IV) DE INMEDIATO, PERO SE VA ATRASLADAR AL PACIENTE A OTRO SITIO PRONTAMENTE.

- Enviar al niño inmediatamente a un hospital donde le puedan poner una infusión IV.
- Dar a la madre SRO para que le sea administrada sl paciente mientras dure el viaje, si el paciente puede beber.

Si no existe posibilidad de infusión intravenosa , instalar sonda nasogástrica para rehidratación. (gastroclisis).
Si presenta acidosis se puede agregar bicarbonato de sodio según indicación médica.

- Se añade cloruro de potasio al suero cuando el niño ha empezado a orinar, por el riesgo de que pueda desarrollar una insuficiencia renal aguda.
- Una vez controlados los efectos graves de la deshidratación se inician las medidas diagnósticas y terapéuticas para detectar y tratar la causa de la diarrea.

Estas incluyen el tratamiento antibiótico cuando esta indicado.

- En los casos de deshidratación severa se suspende la alimentación en un primer momento, por la presencia de vómitos y por el estado general del niño, Como principio general se trata de llegar a una alimentación completa para la edad del niño en el plazo más breve posible. Entre 4 a 6 horas de iniciada la rehidratación inicial.

Complicaciones: El objetivo del tratamiento es prevenir la deshidratación, garantizando que el cuerpo tenga tanta agua y líquidos como se debe. Los líquidos y electrolitos (sales y minerales) perdidos en la diarrea o el vómito se deben reponer tomando líquidos adicionales. Incluso si no es capaz de comer, aún debe tomar líquidos adicionales entre comidas.

- Para niños pequeños use las soluciones de reposición de líquidos y electrolitos o helados disponibles en farmacias y tiendas de alimentos.
- NO utilice jugo de frutas (incluyendo el jugo de manzana), refrescos o cola (con o sin burbujas), gelatina o caldo. Todos tienen mucho azúcar, lo cual empeora la diarrea y no reponen los minerales perdidos.
- Beba cantidades pequeñas de líquido (2-4 cucharaditas) cada 30-60 minutos, en lugar de tratar de forzar cantidades grandes de una sola vez, lo cual puede causar vómitos. Use una cucharita o jeringa para un bebé o un hijo pequeño.
- La leche materna o la leche adaptada pueden continuarse junto con los líquidos adicionales. No es necesario cambiar a un preparado de soja para biberón.

El alimento se puede ofrecer frecuentemente en cantidades pequeñas. Los alimentos sugeridos abarcan:

- Cereales, pan, patatas, carnes magras
- Yogur, plátanos, manzanas frescas
- Verduras

Las personas con diarrea que sean incapaces de tomar líquidos debido a las náuseas pueden necesitar líquidos intravenosos (directamente en una vena). Esto es especialmente válido en los niños pequeños.
Los antibióticos no funcionan para los virus.
Los fármacos para disminuir la cantidad de diarrea (medicamentos antidiarreicos) no se deben suministrar sin hablar primero con el médico, ya que pueden hacer que la infección dure más tiempo. No le administre medicamentos antidiarreicos a los niños, a menos que así lo haya indicado un médico.
A los niños que toman diuréticos y desarrollan diarrea, el médico les puede recomendar suspender el consumo de estos medicamentos durante un episodio agudo. Sin embargo, NO deje de darle al niño ningún medicamento prescrito sin antes hablar con el médico.
El riesgo de deshidratación es mayor en los bebés y niños pequeños, de manera que los padres deben supervisar muy de cerca el número de pañales mojados cambiados por día cuando su hijo está enfermo.
Consulte con el médico si la diarrea persiste por más de varios días o si se presenta deshidratación. Igualmente, se debe poner en contacto con el médico si usted o su hijo presentan estos síntomas:

- Sangre en las heces
- Confusión
- Vértigo
- Boca reseca
- Sensación de desmayo
- Náuseas
- Ausencia de lágrimas al llorar
- Ausencia de orina por 8 horas o más

- Ojos de apariencia hundida
- Punto blando (fontanela) hundido en la cabeza de un bebé

Afortunadamente las complicaciones de la infección por Rotavirus son pocas, son previsibles y se pueden resolver con éxito si se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada. Se incluyen la deshidratación, el desequilibrio electrolítico y la parálisis intestinal (la mayoría de las veces producida por medicamentos antidiarreicos).

COMPLICACIONES

Repetidas infecciones de rotavirus pueden incrementar el riesgo de desarrollar Celiaquía en niños generalmente susceptibles. Siempre se ha creído que las infecciones intestinales contribuyen a su desarrollo, un desorden digestivo común disparado por comer productos a base de trigo y otros alimentos que contienen la proteína gluten.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

Se recomiendan medidas higiénicas estrictas con el bebé enfermo y con el resto de la familia, es decir el lavado de manos con agua corriente y jabón es importante antes y después del manejo del bebé así como durante la alimentación y los cambios de pañal.

Se sugiere la suspensión temporal de la guardería o la escuela hasta que la diarrea termine y el estado nutricional y de hidratación hayan sido restablecidos. Los pañales deberán ser colocados en bolsas plásticas para su seguridad fuera de la casa. Las superficies donde se cambia al bebé de pañal deberán lavarse con agua y jabón, así como aplicarse una solución con etanol al 70% para desactivar los rotavirus y prevenir la transmisión de la enfermedad.

Las medidas preventivas más importantes incluyen de manera inevitable el mejorar los hábitos higiénico-dietéticos de la población, ya que como se mencionó antes, la vía de transmisión es fecal-oral.

Se sabe por ejemplo que el virus es capaz de permanecer vivo en las manos por varias horas, y en objetos como los mostradores o juguetes, incluso por días, es por eso tan importante el tener una buena higiene.

Se recomienda la vacuna en bebés para prevenir la infección severa por rotavirus comenzando a la edad de dos meses.

Hay dos marcas de vacunas contra el rotavirus. Ambas vacunas son eficaces.

Su bebé podría recibir 2 ó 3 dosis, dependiendo de la marca que se utilice. Su pediatra puede informarle la marca que recibirá el bebé.

Las dosis se recomiendan a las edades siguientes:

- **Primera dosis:** 2 meses
- **Segunda dosis:** 4 meses
- **Tercera dosis:** 6 meses (de ser necesaria)

La primera dosis puede dársele incluso a las 6 semanas de haber nacido, y deberá dársele antes de que llegue a las 14 semanas y 6 días de vida. La última dosis debe darse antes de cumplir los 8 meses.

La vacuna contra el rotavirus puede darse junto otras vacunas infantiles.

Las dos vacunas que existen contra el rotavirus se administran por la boca (vía oral) y las dos son muy eficaces para prevenir la infección por rotavirus grave en bebés y niños pequeños (85-98% en los estudios clínicos originales).

- Rotateq® se ha usado desde el 2006. Los bebés deben recibir tres dosis de la vacuna (a los 2 meses, 4 meses y 6 meses de edad).
- Rotarix® se ha usado desde el 2008. Los bebés deben recibir dos dosis de la vacuna (a los 2 y 4 meses de edad).

Imagen 3. Vacuna de rotavirus

Imagen 4. Administración de vacuna de rotavirus

¿CUÁL ES EL IMPACTO POTENCIAL DEL ROTAVIRUS?

Cada año el rotavirus causa aproximadamente 440.000 muertes de niños de todo el mundo. La mayor parte de estas muertes suceden en países en vías de desarrollo, mientras que la mortalidad por una infección de rotavirus es poco frecuente en países desarrollados. El rotavirus es el principal responsable de las diarreas que requieren hospitalización y se estima que el rotavirus produce un tercio del total de las diarreas en niños.

En América Latina, se estima que la diarrea por rotavirus es responsable de más de 15.000 muertes y 75.000 hospitalizaciones al año.

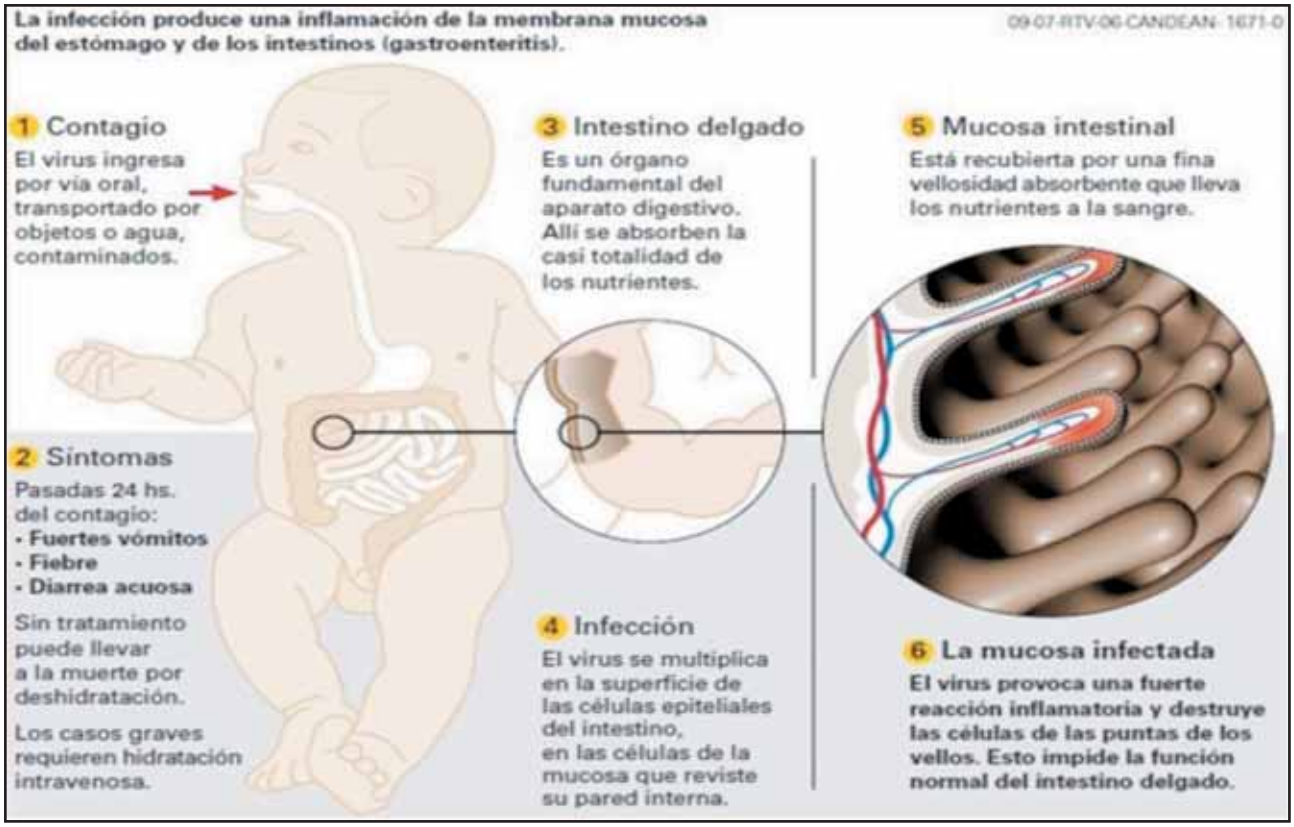


Imagen 1. Esquema general de rotavirus

BIBLIOGRAFÍA

1. Famicentro Médico. Diarrea por rotavirus. http://famicentromedico.com/?q=node/104
2. Villarreal R. Diarrea por rotavirus. http://dr-ramiro-pediatra.com/temas/tema.php?tema=13
3. Saenz P., Doria, J.M. Gastroenteritis por rotavirus. http://www.cpnlac.org/prueba/seccion_padres/rotavirus_diarrea.htm
4. Compendio de Enfermería. Diarrea, cuidados y tratamiento. http://www.compendiodenfermeria.com/3833-diarrea-cuidados-y-tratamiento/
5. Linda J. Vorvick. Gastroenteritis viral. http://stlukesvintage.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=000252
6. Wikipedia. Rotavirus. http://es.wikipedia.org/wiki/Rotavirus
7. Rodríguez J. Gastroenteritis. http://www.rodriguezcamelo.com/temadelmes.php?varTemaMes=3
8. MSD. ¿Qué es el rotavirus? http://www.deguate.com/artman/publish/salud_especiales/Qu_es_el_rotavirus_8823.shtml#.UHMiH2Zj0Yw
9. American Society of Health-Systems Pharmacists. Vacuna contra el rotavirus. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a607024-es.html
10. Centers for Disease Control and Prevention. Vacuna Rotavirus. http://geosalud.com/vacunas/rotavirus_vacuna.htm
11. Imagen 1. Esquema general rotavirus: http://www.andigital.com.ar/static/uploads/823be30ea7ed99c1cdb29262dadb1efaf_1346855060_194403_main_.jpg
12. Imagen 2. Lavado de manos: http://nuevotiempo.org/entrenosotras/files/2012/08/lavar-las-manos.jpg
13. Imagen 3. Vacuna rotavirus: http://img.bebesymas.com/2010/06/rota.jpg
14. Imagen 4. Administración de vacuna de rotavirus: http://www.elsalvador.com/mwedh/aspnet/imagen.aspx?idArt=6686661&idImag=15978257&res=0&idcat=47673&w=450&maxh=400

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE CERUMEN DE LOS OÍDOS UTILIZADO EN LA CLÍNICA DE FÁTIMA

PROTOCOL OF NURSING IN EXTRACTION OF WAX FROM THE EARS USED IN THE CLINICA DE FATIMA

- **Francisco Javier Arjona Barcia[1]**
- **Francisco Javier Martínez Pérez[1]**
- **Inmaculada Beatriz Garrido Fernández[1]**
- **José Andrés Pérez Merino[1]**
- **Alicia Fernández Pérez[1]**
- **María García García[1]**

[1]Enfermero/a de la Clínica de Fátima. (Sevilla)

Resumen

La extracción de cerumen es una técnica de enfermería que se realiza mediante un lavado ótico con agua y una serie de instrumentos (jeringa, guantes, etc.), más la habilidad por parte del profesional de enfermería. Es una técnica sencilla pero no está exenta de riesgos. Hasta hace poco tiempo dicha técnica se desarrollaba en nuestro centro de trabajo bajo prescripción médica pero sin ningún tipo de protocolo ni de consentimiento informado. Por ello hemos querido dar un paso más y desarrollar un protocolo junto con un consentimiento informado que nos respalde en caso de tener algún problema legal y además, para completar aún más la información que recibe el paciente.
Desarrollaremos nuestro procedimiento y materiales utilizados, junto con recomendaciones previas y posteriores a la extracción de cerumen. Además de una educación sanitaria y medidas preventivas por parte de enfermería hacia el paciente.

PALABRAS CLAVE:

- Conducto auditivo
- Lavado ótico
- Otoscopio
- Educación sanitaria

Abstract

The removal of ear wax is a technique of nursing performed by an ear washed with water and a series of instruments (syringe, gloves, etc.), also the ability by the nursing professional. It is a simple technique, but it is not without risks. Until recently such a technical unfolded in our workplace on prescription, but without any protocol or informed consent. That is why we wanted to go one step further and develop a Protocol together with informed consent that us support in case you have a legal problem and also, to further supplement the information received by the patient.
We will develop our procedure and materials used, together with recommendations before and after the removal of ear wax. In addition to health education and preventive measures by nurses towards the patient.

KEY WORDS:

- Cerumen
- Wax
- Ear canal
- Otoscope
- Health Education

INTRODUCCIÓN

Se denomina cerumen al conjunto de productos de descamación, secreción sebácea y secreción de glándulas ceruminosas, que se encuentran en el conducto auditivo externo (Imagen nº 1). En condiciones normales, nuestros oídos están protegidos de agresiones externas por una capa de cerumen. La existencia de cerumen en cantidades normales es útil como protección del oído y su ausencia puede provocar picor y oídos secos. Las glándulas productoras de cera se encuentran en la parte externa del conducto. El conducto auditivo externo tiene mecanismos de autolimpieza, que producen una lenta migración de los restos de piel descamada y de la cera hacia el exterior. La presencia de cera en la parte más interna del conducto auditivo se suele deber a maniobras o manipulaciones realizadas por la propia persona, como el uso inadecuado de bastoncillos de algodón. Se trata de maniobras que, además de ser normalmente inútiles para la extracción de cerumen, hacen que éste se introduzca aún más en el oído y en ocasiones se impacte contra la membrana timpánica o dañar la piel del conducto, que a este nivel es fina y frágil. Cuando la cera se acumula en gran cantidad, bloquea el conducto auditivo y produce pérdida de audición o infecciones del oído. Es entonces cuando el médico debe prescribir el lavado de oídos para la extracción de dicho cerumen. Los cambios en las glándulas de cerumen debidos a la edad, hacen que el cerumen tienda a secarse, por lo que los tapones son más frecuentes en los ancianos.

FISIOLOGÍA DE LA FORMACIÓN DE CERUMEN:

El conducto auditivo es un conducto de aproximadamente 2,5 cm de largo, con una dirección oblicua de fuera adentro y de atrás hacia delante, sin ser rectilíneo. En la piel de la parte cartilaginosa del conducto auditivo externo se encuentran dos tipos de glándulas: las ceruminosas y las sebáceas. La secreción de ambas glándulas produce la sustancia que se conoce como cera o cerumen y en su composición se encuentran además de diversas ceramidas, esteroides, ácidos grasos, proteínas y péptidos antimicrobianos. El cerumen arrastra hacia el exterior las células muertas de la piel del conducto auditivo, que puede constituir hasta el 60% del peso total del cerumen. Se trata por tanto de un producto fisiológico con funciones de limpieza y protección. Sólo en el caso de que obstruya totalmente el conducto auditivo estará indicada su extracción (Figura 1).

PROCEDIMIENTO:

El paciente cuando acude al servicio médico de nuestras urgencias, generalmente manifiesta una hipoacusia de aparición súbita o gradual, no dolorosa, con autofonia y sensación de plenitud en el conducto auditivo externo. Los tapones de cerumen no suelen producir otalgia o vértigo, salvo que hayan sido manipulados indebidamente (Ej. Bastoncillos).
Durante la exploración, se observa un pabellón auricular normal y sin dolor a la movilidad a menos que esté muy

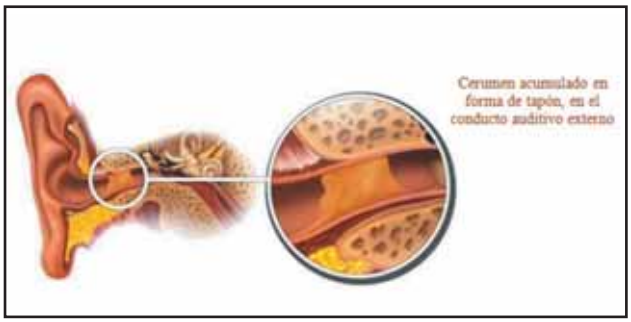


Figura nº 1

seco. El tapón de cera se reconoce muy fácilmente por otoscopia. El color de la cera puede variar desde el amarillo claro hasta el marrón oscuro. Su consistencia, igualmente es variable.
Tras la exploración de la existencia de cerumen y el examen del conducto auditivo con el otoscopio por parte del médico, éste le entrega al paciente un consentimiento informado donde se le explica la técnica a seguir por parte de enfermería y lo remite a nuestra consulta de enfermería donde se le extraerá el tapón de cerumen mediante la técnica del lavado de oídos. Cuando el paciente acude a nuestra consulta trae consigo el consentimiento previamente leído y firmado para comenzar con la extracción.

PREPARACIÓN PREVIA DEL PACIENTE:

Previa a la visita de enfermería, el médico informará al paciente que deberá reblandecer el tapón de cerumen instilando Agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que estime oportuno. (Ej. Otocerum). Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces, los dos días anteriores a la extracción. Debe advertirse al paciente que no debe introducir algodón en sus oídos tras aplicar las gotas, ya que en tal caso el algodón absorbe las gotas y éstas no hacen efecto, que debe permanecer con la cabeza apoyada sobre el lado contrario de la cara al de la instilación de las gotas y que debe mover ligeramente el pabellón auditivo para facilitar el efecto de las gotas. Si el uso de las gotas anticerumen provoca en el usuario un dolor o escozor intenso e inmediato, se debe suspender el tratamiento y el paciente debe ser remitido al otorrino, ya que puede ser indicio de que existe una perforación timpánica, o intolerancia a las gotas utilizadas.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN:

- Otitis media o externa activa, hasta que se resuelva.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de otitis media crónica o de supuraciones.
- Cirugía otológica previa, salvo estapedectomía o estapedotomía.
- Lesiones o heridas recientes del tímpano y conducto auditivo externo.
- Historia previa de complicaciones con los intentos de extracción.

- Existencia de drenajes transtimpánicos implantados en población infantil.
- Presencia de cuerpos extraños.

En caso de presentarse alguna de estas contraindicaciones el paciente será derivado a la consulta de especialidades con el otorrino.

MATERIAL NECESARIO:

- Otoscopio. (Figura nº 2)
- Batea. (Figura nº 3)
- Jeringa para lavados de oídos (Jenny). (Figura nº 4)
- Paño desechable.
- Agua tibia.
- Guantes. (Figura nº 5)

DESARROLLO DE LA TÉCNICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA:

- Se reforzará lo dicho anteriormente por el Médico.
- Se le informará al paciente sobre el desarrollo de la técnica, acerca de los signos y síntomas que pueden aparecer durante la misma, y sobre todo aquellos por los que debe avisar: dolor, mareos, sensación e que pasa agua a la garganta.
- Se le pedirá la orden médica y el consentimiento informado y firmado.
- Nos lavaremos las manos y nos pondremos guantes.
- Comprobaremos que el agua esté tibia, ya que si está demasiado fría o caliente puede alterar el reflejo vestibular y hacer que tenga mareos o nauseas.
- El usuario se colocará en posición sentada, con una toalla de papel en el cuello para evitar en lo posible que se moje con el agua.
- Con su colaboración, sujetará la batea debajo del oído para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.
- Tomar la jeringuilla cargada de agua, extraer el aire de su interior, dirigir el cono de la jeringuilla hacia la pared superior del conducto auditivo externo, nunca directamente hacia el tímpano, por el riesgo de perforación, lo introducimos un centímetro, aproximadamente en el conducto, y sin obstruir la salida del mismo.
- Para facilitar la irrigación se traccionará el pabellón auricular hacia arriba y hacia atrás para enderezar el conducto auditivo.
- Sostendremos la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el embolo hacia delante, no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del conducto auditivo.
- Inyectar el agua con una ligera presión, de esta forma se evita lesionar el tímpano y también empujar el material hacia regiones mas profundas del conducto.
- Después de cada irrigación volvemos a observar con el otoscopio.
- El número máximo de irrigaciones será de tres.
- Una vez se veamos que el tapón ha salido completamente mediante otoscopia, veremos el conducto auditivo y el tímpano por si hubiera alguna anomalía, y de existir se derivará al facultativo.
- Informar al paciente sobre los cuidados posteriores a la extracción, así como la posible aparición de signos y síntomas ante los que debe acudir a consulta médica.
- Muy Importante: Si observamos que el paciente comienza a tragar mientras estamos realizando el lavado, puede que sea síntoma de una perforación timpánica anterior. Por lo que suspenderemos inmediatamente el lavado y derivaremos al especialista para su extracción en seco.

Figura nº 2

Figura nº 3

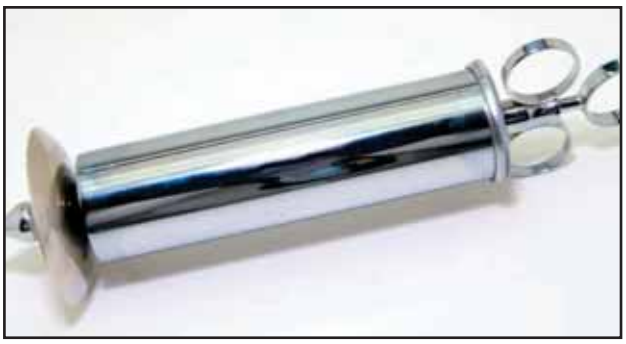


Figura nº 4

CONSEJOS AL PACIENTE TRAS LA EXTRACCIÓN DEL TAPÓN:

Tras la extracción de tapón puede notar una ligera perdida de oído que desaparecerá en las primeras horas, debido a la pequeña cantidad de agua que queda en el oído tras su limpieza.

También se pueden producir pequeños mareos en las primeras horas tras la extracción. Si aparecen evite hacer actividades que puedan implicar peligro (conducir…)

El canal del oído puede ser vulnerable a una infección de oído después de una irrigación. Ésta puede ser causada por la extracción de cera, que tienen inherentes propiedades protectoras para el canal de oído.

Hasta que los oídos produzcan más cera para proteger el canal del oído, mantenga los oídos secos y protéjalos de la entrada de agua por un mínimo de 4 ó 5 días después de la irrigación.

En caso de que en los próximos días, empiece a sufrir dolor, mareo, perdida de audición o le salga sangre u otro fluido, debe consultar inmediatamente en nuestro servicio de urgencias.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Las personas con tapones de cerumen pueden presentar algunas de estas respuestas:

00122 Trastorno de la percepción sensorial: auditiva
r/c alteración de la recepción.
00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
r/c conocimientos deficientes.
00126 Conocimientos deficientes (higiene de oídos, uso de medicación)
r/c falta de exposición, mala interpretación de la información, limitación cognitiva.
00132 Dolor agudo
r/c agentes lesivos físicos.
00155 Riesgo de caídas
r/c dificultades auditivas.

PLANIFICACIÓN:

Resultados esperados:
1.- El/la paciente se habrá aplicado correctamente la medicación previa a la irrigación.
2.- El/la paciente conocerá los hábitos de higiene adecuados para evitar la impactación del cerumen.
3.- El/la paciente notará las mínimas molestias durante la extracción del tapón de cerumen.
4.- El/la paciente no sufrirá infecciones ni lesiones secundarias al lavado ótico.

EDUCACIÓN SANITARIA:

Daremos una serie de recomendaciones para evitar la formación de nuevos tapones:

- Debemos evitar las maniobras instrumentales de limpieza y/o lavado demasiado frecuentes que puedan afectar al Ph de la superficie del conducto, pudiendo favorecer procesos inflamatorios y/o infecciosos.
- El aseo de los oídos en general no es necesario. Sin embargo, en el caso de realizarlo se debe limpiar sólo el pabellón auricular y la porción más externa del conducto auditivo, usando el dedo índice envuelto en una gasa o un paño fino.
- No se debe introducir ningún tipo de objeto como bastoncillos de algodón (Figura nº 6) porque pueden dañar la piel delicada que cubre el canal del oído e incrementar el riesgo de tener infecciones, picor y problemas de cera en los oídos.

Figura nº 5

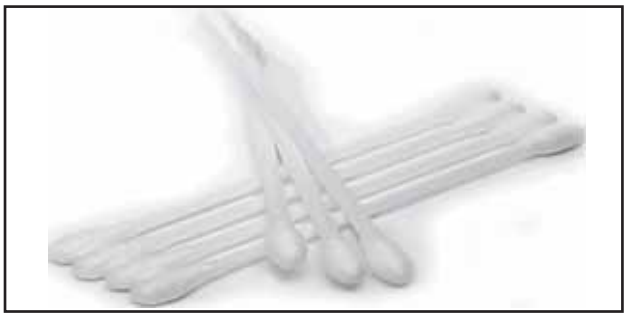


Figura nº 6

- Es importante tener en cuenta en materia de prevención, para evitar recurrencias de cerumen impactado, las siguientes indicaciones:
  * Evitar introducir champú, jabón o alcohol en el oído.
  * En personas con predisposición al oído de nadador se aconseja utilizar tapones de material de plástico adaptable.
  * En acúmulos frecuentes de cerumen se debe utilizar reblandecedores de cerumen para evitar la impactación.
  * Los conductos auditivos de pacientes ancianos deberían ser examinados al menos una vez al año en las visitas de rutina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se trata de un documento de dos hojas, en el cual se le explica al paciente el procedimiento a seguir para la correcta extracción del tapón de cerumen, junto con las ventajas, inconvenientes y riesgos que conlleva dicha práctica. El paciente nos da su consentimiento firmando dicho documento, junto con la firma, tanto del médico prescriptor, como del enfermero o enfermera que realiza la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Diagnóstico de enfermería. L.J. Carpenito. 5ª Edición. 1995.McGraw Hill – Interamericana de España.
- Diagnósticos Enfermeros. M.T. Luis. 2ª Edición. 1996. Mosby/Doyma Libros.
- Manual de Enfermería. MMVI EDITORIAL OCÉANO.1996.
- Guía de Técnicas de enfermería. Área 9 Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. 1998.
- Cómo extraer un tapón de cerumen. Revista ROL Enfermería. XVII. 1994.
- Técnicas de Enfermería. Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid 1989.

AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA EN UN PIE DIABÉTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

TRANSMETATARSAL AMPUTATION IN THE DIABETIC FOOT. REPORT OF A CASE

Sebastián Carrasco Muñiz
Enfermero. Hospital San Lázaro (AHVM). (Sevilla)

Resumen

El pie diabético supone una tasa elevada de amputación, ó lo que es lo mismo, una prevalencia muy alta. Entre el 50-65% de todas las amputaciones no traumáticas, son realizadas en pacientes diabéticos. El diabético tiene "UN PIE DE RIESGO", y si unido a ello, existe infección, ésta se propaga rápidamente a través de las úlceras interdigitales, llegando a producir el abceso plantar. Por dicho motivo, el desbridamiento quirúrgico debe ser inmediato cuando existan signos flogóticos en la base de los dedos y en los trayectos tendinosos. En este caso, veremos la curación del muñón en una amputación transmetatarsiana sin cerrar.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ diabetes mellitus (dm)
- ✔ amputación
- ✔ pie diabético
- ✔ complicaciones diabéticas
- ✔ flebitis,celulitis
- ✔ ácido hialurónico
- ✔ apósito de poliuretano
- ✔ cura húmeda

Abstract

The diabetic foot is a high rate of amputation, or what is the same, a very high prevalence. Between 50-65% of all non-traumatic amputations are performed on diabetic patients. The diabetic has "one foot at risk", and if added to this there is infection, it spreads rapidly through interdigital ulcers, to produce the plantar abscess. For this reason, surgical debridement should be immediate if there flogóticos signs at the base of the fingers and tendon paths. In this case, we see the healing of an amputation stump transmetatarsal unlocked.

KEY WORDS:

- ✔ diabetes mellitus (dm)
- ✔ amputation
- ✔ diabetic foot complications diabeticas
- ✔ flebitis
- ✔ cellulitis
- ✔ hyaluronic acid
- ✔ polyurethane dressing
- ✔ moist healing

CASO CLÍNICO. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se trata de un varón de 49 años de edad, con AP de Obesidad, Neuropatía Hereditaria tipo Charcot Marie-Toohhar (pies de Charcot), Tabaquismo (60 cig. al día), Úlcera duodenal, en la actualidad desactivada, Hiperlipidemia ocasional y DIABETES MELLITUS TIPO II (debut en Febrero de 2010), el cual acude a Urgencias tras empeoramiento de heridas en antepié y dedos del pie derecho, con mal aspecto y aumento de tamaño. Al parecer, hace un mes, se produjo herida con chancla en 1-2 espacio interdigital pie dcho, la cual se "cura él personalmente". Hace 20 días, estando de vacaciones, nota inflamación, dolor aumento de Tª y rubefacción en 1/3 distal MID, además de "heridas". Valorado por Servicios Médicos del Touroperador, le diagnostican FLEBITIS MID, prescribiendo reposo con miembro en elevación, AINES, y Mupirocina pomada para las heridas en pie. A los 5 días, y tras regresar a su domicilio, acude a su MAP, el cual diagnostica de FLEBITIS-CELULITIS, indicando Antibioterapia (Amoxclav)+ curas, y *REVISIÓN A LA SEMANA*.

Tras ser valorado por Enfermería a las pocas horas (por el autor del artículo), éste indica derivación urgente a Urgencias Hospital General de referencia, donde queda ingresado en el Área de Observación, siendo diagnosticado de PIE DIABÉTICO INFECTADO, NECROSIS PRIMER DEDO PIE DCHO, *ÚLCERA DE WAGNER GRADO IIb-III*, CELULITI ASCENDENTE

En las pruebas complementarias se hallan: LEUCOCITOSIS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA, OSTEOMIELITIS PRIMER DEDO PIE DCHO Y LIGERA HIPERGLUCEMIA, ADEMÁS DE PICOS HIPERTENSIVOS AISLADOS DURANTE SU ESTANCIA EN OBSERVACIÓN, DONDE ES PREPARADO PARA AMPUTACIÓN, TRAS VALORACIÓN PREVIA POR PARTE DE ENDOCRINOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

Se instaura tratamiento antihipertensivo, antibioterapia y analgesia IV, así como insulinización, manteniendo cifras de glucemia muy controladas, TA aún algo elevada para su perfil y permaneciendo afebril durante estancia en dicho Servicio.

Se interviene quirúrgicamente, practicándosele *AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA ABIERTA DEL PIE DERECHO.* Postoperatorio sin complicaciones. Se le indica al paciente REPOSO ABSOLUTO SIN APOYAR PIE.

A las 24 h, se descubre cura, manteniéndose herida quirúrgica limpia, con leve sangrado que cede con presión, y sin signos de infección, necrosis ni tejido esfacelado.

Así transcurren los días posteriores de hospitalización (afebril, normoglucémico, HTA aislada, y herida quirúrgica con buena evolución).

Al 8º día es dado de alta a su domicilio, para allí continuar curas, controles de TA y glucemias, reposo relativo *SIN APOYO DEL PIE AFECTO*, dieta y tratamientos prescritos.
Durante este período, los Cuidados de Enfermería y Plan serían:

Plan de Cuidados

Es un proceso que engloba un conjunto heterogéneo de manifestaciones clínicas que tienen un nexo común: la hiperglucemia y mal control de ella.
Está motivada por una falta o mal funcionamiento de la insulina y se acompaña de un número de anormalidades en diversos tejidos y órganos y de una amplia serie de complicaciones a largo plazo, tales como neuropatía y/o angiopatía, entre otras.

PATRONES FUNCIONALES QUE PUEDEN VERSE ALTERADOS

1. Patrón de percepción y mantenimiento de la salud.
2. Patrón nutricional y metabólico.
3. Patrón de actividad ejercicio.
4. Patrón cognoscitivo-perceptivo

OBJETIVOS GENERALES

1. Proporcionar confort y bienestar al paciente
2. Detectar y prevenir complicaciones y riesgos.
3. *IMPARTIR EDUCACIÓN* para el mantenimiento de la salud. *LABOR FUNDAMENTAL.*

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. Los más importantes son:

1) ***TEMOR*** relacionado con el diagnóstico de la enfermedad.

RESULTADOS (NOC):
* El paciente y/ o familia manifestarán conocer el concepto de la enfermedad, su etiología, tratamiento y posibles complicaciones.
* El paciente y/o familia expresarán sus dudas al personal.

INTERVENCIONES (NIC):
*Informar al paciente y/o familia sobre:
1. La etiología de la enfermedad.
2. El concepto de la diabetes.
3. La triada del tratamiento: dieta, ejercicio, medicación.
4. Complicaciones: crónicas y agudas

Dirigirnos con actitud tranquilizadora transmitiendo sensación de comprensión y disposición resolver sus dudas.

2) ***DEFICIT DE CONOCIMIENTOS:*** cambios alimenticios.

NOC:
El paciente y/o familia identificarán la dieta como un pilar básico en el tratamiento de la DM.

NIC:
Explicar los objetivos del tratamiento dietético:
1. Mantener un peso corporal adecuado.
2. Mantener niveles glucémicos dentro de la normalidad
3. Conseguir un nivel lipídico dentro de la normalidad.

Proporcionarle una lista actualizada de alimentos permitidos
Enseñarle a:
1. Distribuir los principios inmediatos.
2. Diferenciar los hidratos de carbono de absorción lenta.
3. Respetar el horario y el nº de comidas.

Reforzar la importancia de limitar los alimentos ricos en ácidos grasos saturados y fomentar la ingesta de fibra.

3) ***ALTERACION EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD*** relacionado con una falta de conocimientos acerca de: autocontrol glucémico, tratamiento de hiper/hipoglucemia.

NOC:
El paciente y/o familia serán autosuficientes en el control glucémico.
El paciente y/o familia describirán: los signos y síntomas de la hiper / hipoglucemia y cómo actuar para corregirlos.

NIC:
Proporcionar ayuda inicial y continua hasta que el paciente y/o familia dominen el proceso de autocontrol glucémico.
Enseñarle:
1. Medidas higiénicas antes de la punción.
2. Zonas de punción.
3. A registrar diariamente los resultados.

HIPERGLUCEMIA
Enseñar:
1. Signos y síntomas.
2. Causas que la pueden desencadenar:
3. Disminución de la insulina.
4. Aumento en la ingesta de alimentos.
5. Infección.
6. Mala absorción de la insulina.

HIPOGLUCEMIA
Enseñar:
1. Signos y síntomas.
2. Medidas encaminadas a impedirla:
   - Seguir el plan de comidas.
   - Comprobar la glucemia antes de realizar ejercicio.

A autocontrolar la hipoglucemia:
1. Tratar la hipoglucemia con o sin síntomas.
2. Si retrasa el horario de comida y la glucemia es baja, tomará Hidratos de Carbono de absorción lenta.
3. Adiestrar a algún familiar o amigo para la administración de productos comerciales correctores de hipoglucemia.

4) ***ALTERACIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD*** relacionado con una falta de conocimientos acerca de: programa de ejercicios, cuidado con los pies.

NOC:
El paciente y/o familia reconocerán el ejercicio como uno de los pilares básicos en el tratamiento de la diabetes, cuando inicie deambulación.
El paciente y/o familia explicará la importancia de mantener una buena higiene y cuidado de los pies.

NIC:
- Explicar al paciente y/o familia:
- ventajas del ejercicio regular (mejorar la forma física, control del peso, reducir grasas).
- el ejercicio reduce los niveles de glucemia.
- que debe evitar inyectarse insulina en zonas del cuerpo que vaya a ejercitar.
- cómo evitar episodios de hipoglucemia relacionados con el ejercicio.

- Enseñarle al paciente y/o familia:
- que debe examinarse a diario sus pies.
- modos de impedir la aparición de lesiones:
- utilizar calzado amplio y cómodo.
- cortar correctamente las uñas.
- revisiones periódicas al podólogo.
- evitar fuentes de calor.
- utilizar calcetines de fibra natural.
- *NO ANDAR DESCALZO.*

5) ***DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA*** relacionado con limitación de movimientos, inestabilidad postural y pérdida de la integridad de resistencias óseas.

NOC:
- El paciente y/o familia reconocerán la limitación de movimientos actual.
- El paciente y/o familia serán capaces de participar en la enseñanza para deambular.

NIC:
- Proporcionar ayuda inicial y continua hasta que el paciente SEA CAPAZ DE INICIAR LA MARCHA.
- Enseñar y explicar riesgos cuando inicie marcha. VIGILAR.
- Enseñar y educar para inicio de la deambulación.

6) ***DÉFICIT PARCIAL DE AUTOCUIDADOS: BAÑO*** relacionado limitación de apoyo.

NOC:
- Proporcionar ayuda parcial en su higiene.
- Prevenir aparición de nuevas lesiones en pies.

NIC:
- Ayuda en los autocuidados.
- Enseñar al paciente y/o familia a revisar pies.

7) ***TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL*** relacionado con amputación
NOC:
- El paciente será capaz de mantener autoestima.

NIC:
Potenciar autoestima.
- Potenciar de la conciencia de sí mismo.
- Potenciar la imagen corporal.

8) ***RIESGO DE ANSIEDAD*** relacionado con nuevos hábitos de vida.

NOC:
- El paciente y/o familia manifestarán conocer el concepto de la enfermedad, su etiología, tratamiento y posibles complicaciones.
- El paciente y/o familia expresarán sus dudas al personal.

NIC:
- Informar al paciente y/o familia sobre:
  1. La etiología de la enfermedad.
  2. El concepto de la diabetes.
  3. La triada del tratamiento: dieta, ejercicio, medicación.
  4. Complicaciones: crónicas y agudas. Manejo diario de "su nueva vida".

Dirigirnos con actitud tranquilizadora transmitiendo sensación de comprensión y disposición y resolver sus dudas.
Aprendizaje de técnicas de relajación.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

1- PROBLEMAS VASCULARES SECUNDARIOS A: HIPERGLUCEMIA PERSISTENTE.
RESULTADOS(NOC):
- Detectar precozmente y controlar signos y síntomas de problemas vasculares.
- Proporcionar educación para la salud.

INTERVENCIONES(NIC):
- Valorar y registrar el grado de afectación vascular.
- Reforzar aquellos aspectos educacionales que sean deficientes en relación con los factores de riesgo: H. T. A. hiperlipemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, etc.
- Administrar el tratamiento médico prescrito.

2.- NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A: DIABETES.

NOC:
- Detectar precozmente y controlar signos de neuropatía periférica.
- Proporcionar educación para la salud.

NIC:
- Informar al paciente y/o familia de los síntomas propios: hormigueos, entumecimiento, dolor, disminución de la sensibilidad.
- Reforzar aquellos aspectos educacionales que le ayuden a un mejor control glucémico.
- Administrar tratamiento médico prescrito y colaborar en pruebas complementarias.

CONSEJOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

a.- Si se observa durante la inspección de los pies y uñas:

1) **Hiperqueratosis** (callos o durezas) **o grietas**: crema hidratante a base de lanolina o urea después de un correcto lavado y secado de los pies, 1 ó 2 veces al día. También es útil el uso de vaselina salicílica al 10%. La utilización de piedra pómez es muy recomendable para eliminar durezas.
   En las fisuras están indicados los antisépticos suaves y a ser posible que no tiñan la piel. La escisión de callosidades ha de hacerla el podólogo.
2) **Deformidades** (hallux valgus, dedos en martillo, pie cavo, …): valorar la posibilidad de prótesis de silicona o plantillas y preferiblemente cirugía ortopédica.
3) **Uñas encarnadas**: como regla general no se deben cortar nunca las uñas, sino limarlas; el calzado no debe comprimir los dedos.

b.- Otras recomendaciones son:
- Evitar el apoyo de la zona afectada.
- Tratar el dolor, si lo hay.
- Evitar edemas del miembro.
- Hidratar frecuentemente la piel sana. ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS. Con ellos, a la vez, se previenen nueva aparición de úlceras.

*El siguiente paso ha sido ver la evolución de la herida, así como los tipos de técnicas usadas para la cicatrización de la misma.

PLAN DE CURAS DIARIAS DESDE EL ALTA HOSPITALARIA

- LIMPIEZA CON SUERO FISIOLÓGICO CON DESBRIDAMIENTO MANUAL.
- USO DE NITROFURAZONA 0, 2% POMADA HIDROSOLUBLE EN LECHO DE LA HERIDA.
- APLICACIÓN DE TUL SOBRE ELLO.
- CUBRIR CON COMPRESAS QUIRÚRGICAS.
- VENDAJE ELÁSTICO DE SUJECCIÓN HASTA ZONA SUPRAMALEOLAR.
- REPOSO CON MID ELEVADO, *Y SIN APOYO DEL PIE* (muy importante para una cicatrización menos tardía).

En la foto nº 1, vemos el estado de la herida al 5º día tras la intervención quirúrgica, curada con la técnica antes mencionada. No se observan restos de tejidos necróticos ni esfacelados, ni signos de infección.

Foto Nº 1-DÍA 5º POSTINTERVENCIÓN

Es citado a la semana en Hospital de Día del Pie Diabético, donde confirman la buena evolución de la herida, cifras de TA y glucemias muy controladas (suspenden insulinoterapia e introducen de nuevo ADO), así como pérdida ponderal, que exigen continúe, y la DESHABITUACIÓN DE SU TABAQUISMO.

Mantiene necesidades básicas cubiertas, siendo independiente, en parte, para las AVD. Revisado cada 15 días en dicho Servicio (FOTO Nº 2).

Interconsulta a Cirugía Plástica para valoración de un posible injerto, en caso de mala evolución de la herida o complicaciones potenciales.

2) A los 55 días tras la intervención, se modifica tipo de cura de la herida, tras ver buena evolución de la misma, la cual presenta bastante tejido de granulación y epitelización, como podemos apreciar en la FOTO Nº 3.

Pasamos a una *cura húmeda oclusiva*, utilizando gel de Ácido Hialurónico y apósitos de poliuretano, CON CAMBIOS CADA 3-4 DÍAS.

- LIMPIEZA DE LA HERIDA CON SUERO FISIOLÓGICO, EVITANDO FROTAR CON FUERZA PARA NO DAÑAR TEJIDO SANO REGENERADO.
- SECADO DE PIEL PERIULCERAL.
- APLICACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN GEL EN LECHO DE LA HERIDA, TRATANDO DE QUE SE EXTIENDA UNIFORMEMENTE Y CON UN MÍNIMO GROSOR SOBRE ELLA, OCUPANDO ¾ PARTES DE SU EXTENSIÓN.
- POR ÚLTIMO, APÓSITO OCLUSIVO DE FILM DE POLIURETANO SAFETAC.
- CAMBIOS CADA 3-4 DÍAS.

Podemos observar la buena evolución de la herida con tan sólo *10 días del nuevo método de curas*. (Foto Nº 4).

Es valorado por C. Plástica que deciden injerto cutáneo, realizándose Preanestesia en los días posteriores, quedando en lista de espera quirúrgica.

Mientras tanto, las curas continúan con el mismo método y pautas. Dado de alta en el Hospital de Día del Pie Diabético, continuando revisiones en Endocrinología. Nueva foto tomada a los *31 días*, donde se puede ver el aumento de tejido de epitelización por la periferia del lecho de la herida y la reducción del tamaño de la misma.

Dada la posterior buena evolución, y tras ser valorada de nuevo por C. Plástica, se decide la suspensión del injerto cutáneo. Aplicamos vaselina en extremos de la herida, sin modificar tipo de cura anterior.

Tal como hemos podido comprobar mediante las fotografías, desde la instauración del último método de curas hasta el cierre total del muñón transcurrieron *56 días,* lo cual demuestra la eficacia y efectividad del ÁCIDO HIALURÓNICO EN GEL UNIDO AL APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO, todo ello sobre un lecho de la herida ya preparado para la cicatrización/epitelización. Tras ello, el paciente acude al Servicio de Rehabilitación para la prescripción de una ortoprótesis adecuada para el inicio de la deambulación.

Foto Nº 2 A LOS 15 DÍAS

Foto Nº 3 A LOS 55 DÍAS

Foto Nº 4 A LOS 65 DÍAS

Se le informa del cuidado de la cicatriz (hidratación diaria), acudir al Podólogo periódicamente y vigilancia estricta de los pies.

CONCLUSIONES

Se ha podido demostrar mediante curas diarias al principio, y más tardías posteriormente, que con conocimientos de los productos de los que disponemos actualmente, se disminuye el tiempo de cicatrización de una herida (siendo la de este caso clínico una herida lenta en cicatrizar), se evitan complicaciones potenciales y se disminuye el gasto.

Foto Nº 5 A LOS 85 DÍAS

Foto Nº 6 A LOS 100 DÍAS.

Foto Nº 7 A LOS 110 DÍAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. NANDA. 2007-08.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. 2009.
3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. 2009.
4. Martínez y Col. Pie diabético, epidemiología, implicaciones quirúrgicas y su costo. Revista Cirujano General 1991; 13: 289-290.
5. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.
6. J. Marinel-lo, J. I. Blanes, J. R. Escudero, V. Ibáñez, J. Rodríguez; Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular sobre Pie Diabético (*Angiología*. 1997; XLIX, 5:193-230).
7. Schenk, K., Hidrogeles para el tratamiento húmedo de heridas. Wound-Forum 1996.
8. Órtesis y Prótesis del Aparato Locomotor / Extremidad Inferior R. Viladot –O. Cohi – S. Clavell. Editorial MASSON 1994.
9. ¿Es posible cicatrizar úlceras o amputaciones selectivas en pie diabético de alto riesgo (grado IV-V de Wagner)? Solución: TRIPLE CURA. Presentación de resultados preliminares en X Convención de Cirujanos Vasculares de Habla Hispana. Las Palmas de Gran Canaria, Octubre 2005.
10. La Triple Cura, PGE1 y Pentoxifilina: Una nueva alternativa para el pie diabético en grado IV - V de Wagner. Presentación de Caso Clínico en XVII Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Chiclana, Junio 2005.
11. CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO. A. ROLDÁN. VALENZUELA. 2001.
12. Laboratorios RUBIO. Manual/Ficha Técnica de JALOPLAST. Barcelona 2011.

NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS
Incidencia y evolución en el área del Hospital Virgen Macarena

HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES
Incidence and evolution in the area of the Hospital Virgen Macarena

- **José Ramón Toro López**[1]
- **Antonio José Toro Solís**[2]
- **Andrés Cotos Expósito**[3]

1. DU. Dto. Hematología, Hospital Virgen Macarena. (Sevilla).
2. Estudiante de Farmacia.
3. Estudiante de Enfermería.

Resumen

Las neoplasias hematológicas son procesos malignos que afectan a los diversos tipos celulares implicados en el sistema hematopoyético. En la actualidad en nuestro centro no se ha hecho un estudio que identifique cuales son las neoplasias hematológicas que presentan mayor incidencia, por lo que un grupo de profesionales decidimos realizar un trabajo con el fin de conocer que tipo de estas enfermedades componen nuestra área de trabajo.
Las neoplasias hematológicas que resultaron del estudio fueron las siguientes: Leucemia Linfoide Aguda, Leucemia Linfoide Crónica, Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Mieloide Crónica, Leucemia Monocítica Aguda, Linfosarcoma, Mieloma y Linfoma, dentro de los cuales destacan preferentemente el de Hodgkin (LH) y el No Hodgkin (LNH).
Con la intención de conocer mejor su incidencia hemos localizado en un mapa de cada localidad el lugar de residencia de cada paciente afectado, los resultados nos han mostrado que algunas de estas localidades presentan una concentración de casos en algunas zonas concretas de la localidad.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Neoplasias hematológicas
- ✔ Linfomas
- ✔ Mielomas
- ✔ Leucemia Linfoide
- ✔ Leucemia Mieloide

Abstract

Hematologic neoplasms are malignancies affecting various cell types involved in the hematopoietic system. Today in our center has not done a study to identify what are the hematologic malignancies have a higher incidence, so a group of professionals decided to do a job to know what type of these conditions make our work area.
Hematologic neoplasms resulting from the study were as follows: acute lymphocytic leukemia, chronic lymphoid leukemia, acute myeloid leukemia, chronic myeloid leukemia, acute monocytic leukemia, lymphosarcoma, myeloma and lymphoma, in which preferably include lymphoma (HL) and the Non-Hodgkin lymphoma (NHL).
In order to better understand its impact have located on a map of each location the place of residence of each patient concerned, the results have shown that some of these locations have a concentration of cases in specific areas of the town.

KEY WORDS:

- ✔ Haematological malignancies
- ✔ lymphoma
- ✔ myeloma
- ✔ lymphoid leukemia
- ✔ myeloid leukemia

Trabajo presentado como Ponencia el viernes 19 de octubre a las 09,00 h. en el *17º CONGRESO NACIONAL DE A.N.E.H. ENFERMERIA HEMATOLOGICA* celebrado en Segovia durante los días 18, 19 y 20 de Octubre de 2011.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias hematológicas son procesos malignos que afectan a los diversos tipos celulares implicados en el sistema hematopoyético. Dentro de ellas, clásicamente, se han diferenciado de manera arbitraria las leucemias de los linfomas señalando a las leucemias como aquellas neoplasias que afectan a la médula ósea con expresión periférica y a los linfomas como aquellas neoplasias que permanecen localizadas en los ganglios linfáticos u otros tejidos linfoides y que carecen, al menos de manera inicial, de comportamiento leucémico.

En la actualidad en nuestro centro no se ha hecho un estudio que identifique cuales son las neoplasias hematológicas que presentan mayor incidencia, por lo que un grupo de profesionales decidimos realizar un trabajo con el fin de conocer que tipo de estas enfermedades componen nuestra área de trabajo.

Las neoplasias hematológicas que resultaron del estudio fueron las siguientes: Leucemia Linfoide Aguda, Leucemia Linfoide Crónica, Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Mieloide Crónica, Leucemia Monocítica Aguda, Linfosarcoma, Mieloma y Linfoma, dentro de los cuales destacan preferentemente el de Hodgkin (LH) y el No Hodgkin (LNH).

De estas patologías Las que mayor incidencia presentan son la Leucemia Mieloide Aguda que aparece en 14 localidades de las 23 que componen el estudio, Mieloma en 15, y Linfoma en 16.

Con la intención de conocer mejor su incidencia hemos localizado en un mapa de cada localidad el lugar de residencia de cada paciente afectado, los resultados nos han mostrado que algunas de estas localidades presentan una concentración de casos en algunas zonas concretas.

A la vista de estos resultados hemos creado un equipo de investigación multidisciplinar y estamos preparando un proyecto de investigación con el fin de averiguar qué factores pueden actuar como desencadenantes en esta enfermedad.

ACTUALIDAD

Las neoplasias hematológicas forman un grupo de enfermedades que provienen de la expansión clonal de células hematopoyéticas, determinando el estado de diferenciación de la transformación celular el fenotipo de la enfermedad, afectando a la población anciana de forma predominante.

La bibliografía relacionada con las neoplasias hematológicas es amplia, tanto en cantidad como en variedad a la vez de que en ciertos apartados se presenta como contradictoria, es decir no existe una idea amplia y clara de cuáles pueden ser los factores que pueden incidir en la aparición y desarrollo de estas enfermedades. Como hemos dicho muchas pueden ser las causas que pueden favorecer su aparición, vamos a ver algunas de ellas.

Desde el punto de vista cultural, un estudio realizado en el Instituto de Prevención del Cáncer de California relacionado con la incidencia de cáncer (y entre ellos el linfoma) entre los asiáticos que emigran a los EE.UU. (y sus descendientes) y aquellos que quedaban en Asia, se pudo ver la fuerte evidencia de la influencia ambiental en el desarrollo de esta enfermedad en los entornos occidentalizados, aunque no descartaron la posibilidad de que también hubiese diferencias genéticas entre unos y otros (1). Otro estudio realizado en la misma línea, no aclara si estos problemas son por causas genéticas o ambientales, aunque al final concluye que existe la posibilidad de que patologías como el linfoma se den con más frecuencia cuando se producen migraciones de zonas de bajo riesgo a otras de alto riesgo (2).

Por otro lado en relación con factores que puedan estar relacionados de una forma más directa con este grupo de enfermedades, el Dr. D. A. Castroviejo estableció que las ondas electromagnéticas generadas por corrientes eléctricas y por microondas (telefonía , telefonía móvil, radiofrecuencias, telefrecuencias, radares civiles y militares, etc.) interfieren y distorsionan el funcionamiento normal del organismo humano, además piensa que los cables eléctricos de 220 voltios y 50 Hz instalados en viviendas generan campos que elevan la presión parcial de oxígeno en la sangre, así como el hematocrito. Por otro lado teniendo en cuenta que la actividad eléctrica cerebral del ser humano manifiesta una periodicidad que va de 14 a 50 Hz en el estado de conciencia de vigilia y entre 8 y 14 si se está relajado, teniendo en cuenta estos datos podemos deducir que un campo externo de 50 Hz como el de la red eléctrica común puede inducir estados de nerviosismo (3).

Otros estudios relativos a radiaciones no ionizantes, indican la presencia de trastornos neuropsíquicos independientes como son la pereza, confusión, pérdida de memoria, ansiedad, depresión, procesos alérgicos, depresión del Sistema Inmunológico e incluso alteraciones linfocitarias, sin conocerse hasta que punto o de qué forma estas alteraciones influyen sobre la salud humana. Al parecer muchos son los intereses de tipo económico que se mueven alrededor del tema, de ahí la falta de estudios y de consenso en las investigaciones. La OMS, reconoce que los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento son insuficientes para evaluar los riesgos que en la salud causa la exposición a las radiofrecuencias (4). De hecho este mismo organismo comenta, que dado el gran número de usuarios de teléfonos móviles, es importante investigar, comprender y seguir de cerca las posibles repercusiones que podrían tener en la salud pública. Asimismo, determina y promueve periódicamente las prioridades de investigación relativas a los campos de radiofrecuencia y la salud para subsanar la falta de conocimientos mediante sus agendas de investigación (5).

En cuanto al uso de teléfonos móviles, otros estudios avalan que no existen datos suficientes para sacar conclusiones firmes sobre los efectos que sobre la salud pueden llegar a presentar exposiciones de baja intensidad a corto y largo plazo en el entorno cotidiano (6). Sin embargo otros aseguran que pueden afectar a la reproducción masculina (7) o incluso la posible producción de tumores cerebrales (8).

La importancia de la alimentación en relación con el sistema inmunológico la vemos en un estudio realizado en lechones en el Instituto de Nutrición Animal de la

Universidad de Salud Pública Veterinaria y Ciencia de los Alimentos de la Universidad de Medicina Veterinaria de Viena en Austria, se afirma la importancia que tienen los ácidos grasos esenciales para el Sistema Inmunológico. El estudio dio como resultado que la dieta materna y el tiempo de lactancia se encontraba relacionado con el estado de los ácidos grasos de los tejidos linfáticos investigados (en los lechones)(9). Lo que es cierto es que si hay estudios que avalan la importancia de los ácidos grasos poli-insaturados como agentes quimio -preventivos y quimioterapia en el tratamiento de varias patologías crónicas como el cáncer (10).

En lo relativo al sistema inmunológico existen varios estudios que muestran la relación entre este y el linfoma. Para una de estas referencias, los mecanismos que generan diversidad en el aspecto inmunológico son los mismos que se encuentran implicados en el desarrollo de la autoinmunidad y de los síndromes linfoproliferativos. Concluyen que errores en los mecanismos de edición de receptor, hipermutación somática y cambio de isótopo causan linfomas, inmunodeficiencias o signos autoinmunes (11). Para otros autores establecen que a diferencia de la diseminación metastásica de otros tipos de cáncer, el linfoma de difusión en general, no es un reflejo de la progresión del tumor, sino de un comportamiento fisiológico conservado (12).

La importancia de la Melatonina es notoria en este tipo de enfermedades, existiendo bibliografía que así lo confirma. Anteriormente estuvimos hablando de la implicación de las radiaciones electromagnéticas. Un estudio realizado en Cuba determina que este tipo de radiaciones disminuyen la secreción nocturna de Melatonina favoreciendo la acción nefasta de los radicales libres y la aparición de tumores (13). El Schwarzenburg Study puso de manifiesto alteraciones del sueño y disminución de melatonina en función de las dosis de radiación, lo que demuestra la extraordinaria sensibilidad del cerebro a las radiaciones de radiofrecuencias, reduciendo los niveles de melatonina. Entre los posibles mecanismos involucrados en estos procesos se menciona la función que desempeña la melatonina y su glándula secretora la Pineal, con evidencias de que las radiaciones electromagnéticas disminuyen la secreción nocturna de melatonina (14). Además, la melatonina se considera un prometedor agente antitumoral en relación con la apoptosis en células tumorales. En su mecanismo de acción no promueve la apoptosis de los linfocitos tumorales, pero inhibe los efectos anti-apoptóticos (15). Es conocido como la melatonina participa en múltiples funciones fisiológicas importantes y muestra una gran versatilidad funcional, exhibiendo propiedades antioxidantes, oncostáticas, anti-edad e inmunomoduladoras. Recientemente, se ha demostrado que además de la glándula pineal, las células linfoides son fisiológicamente una fuente importante de melatonina, y que por lo tanto pueden estar implicadas en la regulación del sistema inmune. Este estudio promueve valorar la importancia de la melatonina como fármaco con potencial terapéutico en determinadas enfermedades linfoproliferativas (16). La melatonina se ha utilizado en tratamientos de esta enfermedad junto a otros compuestos, habiéndose obtenido resultados positivos en los pacientes (17); con una combinación de ciclofosfamida somatostatina, bromocriptina, compuestos retinoides, melatonina y ACTH, se realizó un estudio con una paciente que, 14 meses después de comenzar el tratamiento, entró en remisión completa. El tratamiento tuvo una muy buena tolerancia, llevando el paciente en la actualidad una vida completamente normal (18).

OBJETIVOS

1º) Nuestro primer objetivo ha sido conocer las neoplasias hematológicas que han ingresado en nuestro hospital durante los años estudiados.

2º) Averiguar cuáles son aquellas neoplasias hematológicas que presentan una mayor incidencia en cada una de las localidades y áreas de la capital estudiadas.

3º) Situar en un mapa el lugar donde vive cada uno de los pacientes con la intención de conocer su prevalencia dentro de una localidad determinada.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, donde buscamos de forma retrospectiva la incidencia que este tipo de neoplasias han tenido en nuestro hospital entre los años 2007 y 2010 (ambos incluidos). Hemos utilizado el CMBD en base a los diagnósticos de aquellos pacientes dados de alta y que ingresaron durante estos años a través del área de urgencias de nuestro hospital.

Con el fin de evitar repeticiones en los ingresos de los pacientes estudiados se estableció un filtro en la base de datos creado con el fin de impedir que en caso de reingreso pudiese ser registrado como nuevo caso.

La población de estudio recoge aquellas poblaciones correspondientes al área del Hospital Virgen Macarena:

Poblaciones: Alcalá del Río, Alcolea del Río, Brenes, Cantillana, Carmona, Castilblanco de los Arroyos, Cazalla de la Sierra, Constantina, El Garrobo, El Pedroso, El Ronquillo, Gerena, Guadalcanal, Guillena, La Algaba, La Rinconada, Las Navas, Lora del Río, Real de la Jara, Tocina, Villanueva del Río y Minas, Villaverde del Río.

Sevilla capital: Aquellas áreas que comprenden los siguientes Ambulatorios o Centros de Salud: San Jerónimo, Pino Montano A, Pino Montano B, Esperanza Macarena, Polígono Norte, Ronda Histórica y Gonzalo Bilbao.

Posteriormente para poder ver mejor el grado de incidencia de la población, hemos localizado en un mapa sus lugares de residencia.

RESULTADOS

El total de la población donde se encuentran los pacientes afectados perteneciente a la capital supone un total de 166.200 habitantes en los que hayamos 203 casos afectados de neoplasias (0,07 % de la población) de los cuales 35 de ellos no pudieron ser localizados en el mapa, lo que nos deja un total de 168. En este periodo fallecieron 74 (un 44 % de la población afectada), por lo que nos quedó para un futuro estudio un total de 94 pacientes.

En cuanto a las distintas localidades el total de la población asciende a un total de 201.538 habitantes, con 150 casos detectados (un 0,05 % de esta población) de los cuales 2 no se localizaron, por lo que contábamos con 148 pacientes. En este periodo fallecieron 57 (un 38 % de la población afectada) lo que nos dejo para su futuro estudio a un total de 91 pacientes.
Respecto al sexo no se aprecia que haya una tendencia mayor hacia uno u el otro, los resultados fueron los siguientes: Localidades 51% hombres y 49% mujeres; Sevilla 54% hombres y 46% mujeres. Graficos: 1 y 2.
En cuanto a las localidades afectadas la mayor parte de ellas se encuentran a lo largo de la carretera. (G-3)
En líneas generales, en los cuatro años estudiados la Leucemia Mieloide Crónica, el Linfosarcoma y la Leucemia Monocítica presentan una disminución en su evolución, por el contrario aparece un discreto incremento de la Leucemia Mieloide Aguda frente a una fuerte subida del Mieloma y muy especialmente del Linfoma, especialmente el de Hodgkin. (G-4)
Las neoplasias que aparecen en nuestro estudio son las siguientes:

LINFOMA
En cuanto a la distribución de las distintas neoplasias por edades la que mayor incremento presenta es el Linfoma habiendo aumentado el número de casos un 80% aproximadamente entre los años estudiados. En cuanto a las edades aparece un incremento en mayores de 65 años, pero cuando vemos el de Hodgkin vemos que se ha producido un incremento en edades comprendidas entre los 15 y los 64 años en relación a los mayores de 65 años. (G-5,G-6,G-7)

MIELOMA
Se aprecia un incremento en los tres primeros años de estudio, viéndose una disminución de casos en el último año. Es de destacar la disminución del número de casos de éxitus a lo largo de los cuatro años de estudio. (G-8)
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA
Lo único a destacar a lo largo de estos cuatro años de estudio es la disminución en casos de la población comprendida entre los 15 y los 64 años de edad. (G-9)
LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA
Se aprecia una disminución en edades de mayores de 65 años, tanto en el número de casos como de éxitus. (G-10)
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
Una ligera disminución en cuanto a los éxitus y un ligero incremento en edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. (G-11)
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA
Un incremento de éxitus en los años 2007 y 2009, apareciendo un incremento en el año 2009 para los mayores de 65 años. (G-12)
LEUCEMIA MONOCÍTICA AGUDA
Tan solo aparece un caso de éxitus en el año 2007 y la aparición de otro caso en el año 2008 en edades comprendidas entre los 15 y 64 años; para los dos años posteriores no aparecen ningún caso. (G-13)

LINFOSARCOMA
Los más destacable es la disminución de éxitus a lo largo de los tres primeros años, no apareciendo ningún caso en el último año (2010). Aparecen un incremento de casos en mayores de 65 años en el año 2008. (G-14)

RETICULOSARCOMA
Aparece un incremento a lo largo de los años estudiados en edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, junto a una disminución progresiva en mayores de 65 años. En cuanto a los éxitus también aparece una disminución progresiva. En el último año no aparece ningún caso porque este tipo de pacientes fueron derivados para su estudio a otro centro. (G-15)
En cuanto a los distintos casos que se presentan a lo largo de estos años, estos han sido señalados mediante diferentes puntos (rojo: mujer; azul: hombre; negro: éxitus; Flecha: lugar aproximado donde se sitúa el Centro de Salud), podemos verlo mejor gráficamente desde el Gráfico 17 al 68.

DISCUSIÓN

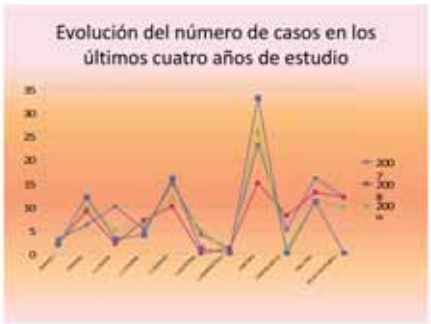
Hemos visto como este grupo de enfermedades no son características de un grupo de género determinado, sino que indistintamente afecta a uno u otro en aproximadamente un mismo porcentaje. Cuando hemos situado en el mapa las localidades afectadas, vemos como la mayoría de ellas se encuentran a lo largo de carreteras con un amplio nivel de circulación de vehículos, no sabemos si la posible contaminación de los carburantes o cualquier otro producto puedan identificarse como posibles factores de riesgo, pero lo cierto es que un porcentaje elevado de casos se encuentran en localidades cercanas a zonas de mucho tránsito.
De todas las neoplasias hematológicas las más han avanzado en estos últimos años son los linfomas, una enfermedad que hasta hace poco era frecuente en personas mayores de 65 años pero que últimamente está apareciendo en personas con edades inferiores presentando un incremento de cerca del 100%, destacando especialmente el de Linfoma de Hodgkin y el No Hodgkin. Afortunadamente los distintos tratamientos que existen en la actualidad están dando en líneas generales muy buenos resultados, como el caso del Mieloma, una enfermedad que en estos últimos años de estudio ha logrado reducir el índice de mortandad de una forma importante.
Cuando marcamos en las distintas localidades cada caso en un mapa, nos llegó a sorprender el que en algunos lugares apareciese una posible concentración en unas zonas determinadas. Nuestra observación nos aporta dos resultados, la primera es que en un porcentaje elevado aparecen concentraciones de casos cerca de los Centros de Salud, la segunda es que se encuentran en zonas de alta concentración de tráfico de vehículos, bien porque esta densidad de tráfico se encuentre en los alrededores del Centro de Salud o por encontrarse estas localidades cerca de carreteras. De todos los contaminantes ambientales que podamos encontrar como consecuencia de los hidrocarburos derivados de

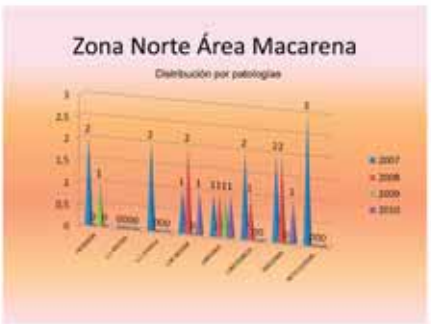
la combustión de vehículos, quizás los más preocupantes son los metales pesados que pueden encontrarse en aquellas zonas urbanas o de periferia con un intenso tráfico. Se generan sobre todo por la combustión de los motores, pero también por el roce de las ruedas con el pavimento. Los humos de motores diesel están formados en gran parte por partículas finas y ultra finas de hidrocarburos, debidas a una combustión incompleta. Por ello el uso creciente del diesel preocupa desde el punto de vista ambiental. También hay partículas de origen natural (aerosoles marinos, erosión, intrusión de polvo africano) o por otras actividades humanas (obras públicas y construcción, minería, fabricación de cerámicas o cemento...).

CONCLUSIONES

En realidad se nos plantean más interrogantes que conclusiones.
En cuanto si es más frecuente en hombres que mujeres, en nuestro estudio no apreciamos gran diferencia entre ambos.

Lo que realmente nos planteamos es el siguiente interrogante: Hemos visto que los linfomas, mielomas y leucemia mieloide aguda generan un incremento de casos en edades comprendidas entre los 15 y mayores de 65 años. Nuestra pregunta es ¿Por qué ocurre esto?, ¿Por qué se da en estas edades y no en otras?, el motivo de hacernos esta pregunta es que este tipo de enfermedades son frecuentes en pacientes mayores de 65 años y no es frecuente en edades más tempranas (en nuestro estudio hemos visto un incremento de esta enfermedad durante los años que hemos estudiado).
Para terminar, hemos visto en la bibliografía la relación que puede existir con los campos electromagnéticos de baja frecuencia, si esto fuese cierto ¿por qué dentro del núcleo familiar solo afecta a alguna persona en particular y no a todas?, hemos de tener en cuenta que en el núcleo familiar normalmente se encuentran varias personas, por lo tanto que puede diferenciar a unos de otros para que estando todos expuestos unos padezcan la enfermedad y otros no.





BIBLIOGRAFÍA

- Christina A. Clarke, Sally L. Glaser, Scarlett L. Gomez, Sophia S. Wang, Theresa H. Keegan, Juan Yang1, Ellen T. Chang. Lymphoid Malignancies in U.S. Asians: Incidence Rate Differences by Birthplace and Acculturation. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2011 Junio, 20 (6):. 1064-1077.
- Chang ET, Smedby KE, Zhang SM, Hjalgrim H, Melbye M, Ost A, Glimelius B, Wolk A, Adami HO. Dietary factors and risk of non-hodgkin lymphoma in men and women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005;14:512-20.
- Acuña-Castroviejo D. Informe científico sobre el efecto de los campos electromagnéticos en el sistema endocrino y patologías asociadas. Instituto de biotecnología de la Universidad de Granada. 07,2006.
- Lic. Jacqueline Guerrero Abreu1 y My. José Luis Pérez Alejo2. Las radiaciones no ionizantes y su efecto sobre la salud humana Rev CubanaMed Milit 2006.
- OMS. Centro de prensa. Campos electromagnéticos y salud pública: teléfonos móviles. Nota descriptiva nº 193. Junio de 2011. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs193/es/index.html
- Martin Röösli a, Patrizia Frei a, Evelyn Mohler a & Kerstin Hug a. Systematic review on the health effects of exposure to radiofrequency electromagnetic fields from mobile phone base stations a. Swiss Tropical and Public Health Institute and University of Basel, Socinstrasse 59, Basel, CH-4002, Switzerland. 10 September 2009.
- De Iuliis GN, Newey RJ, King BV, Aitken RJ. Mobile phone radiation induces reactive oxygen species production and DNA damage in human spermatozoa in vitro. PLoS One. 2009 Jul 31;4(7):e6446. ARC Centre of Excellence in Biotechnology and Development, Callaghan, New South Wales, Australia.
- Swerdlow AJ, Feychting M, Green AC, Leeka Kheifets LK, Savitz DA; International Mobile phones, brain tumors, and the interphone study: where are we now?Commission for Non-Ionizing Radiation Protection Standing Committee on Epidemiology. nviron Health Perspect. 2011 Nov.
- Binter C, Khol-Parisini A, Gerner W, Schäfer K, Hulan HW, Saalmüller A, Zente. Effect of maternally supplied n-3 and n-6 oils on the fatty acid composition and mononuclear immune cell distribution of lymphatic tissue from the gastrointestinal tract of suckling piglets. Arch Anim Nutr. 2011 Oct.
- Calviello G, Serini S, Piccioni E, Pessina G. Antineoplastic effects of n-3 polyunsaturated fatty acids in combination with drugs and radiotherapy: preventive and therapeutic strategies. Nutr Cancer. 2009;61(3):287-301.
- Ricardo García-Muñoz. IMMUNOLOGIC ASPECTS RELATED TO THE GENERATION OF LYMPHOMAS AND AUTOIMMUNIT. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja. Inmunología Vol. 29 / Núm 1/ Enero-Marzo 2010: 34-49.
- Pals ST, de Gorter DJ, Spaargaren M. Lymphoma dissemination: the other face of lymphocyte homing. Blood. 2007 Nov 1;110(9):3102-11. Epub 2007 Jul 26.
- Tte. Cor. José Luis Pérez AlejoI; Tte. Cor. Reymundo Miranda LeyvaII. Electromagnetic radiations and health in medical research. Revista Cubana de Medicina Militar .2010; 39(1)35-43.
- Trosi I, Pavici I, Milkovi -Kraus S, Mladini M, Zeljezi D. Effect of electromagnetic radiofrequency radiation on the rats' brain, liver and kidney cells measured by comet assay. Coll Antropol. 2011 Dec;35(4):1259-64.
- Paternoster L, Radogna F, Accorsi A, Cristina Albertini M, Gualandi G, Ghibelli L. Melatonin as a modulator of apoptosis in B-lymphoma cells. Source Dipartimento di Biologia, Università di Roma Tor Vergata, Roma, Italy. Ann N Y Acad Sci. 2009 Aug;1171:345-9.
- Todisco M. Low-grade non-Hodgkin lymphoma at advanced stage: a case successfully treated with cyclophosphamide plus somatostatin, bromocriptine, retinoids, and melatonin. Am J Ther. 2007 Jan-Feb;14(1):113-5.
- Trubiani O, Recchioni R, Moroni F, Pizzicannella J, Caputi S, Di Primio R. Melatonin provokes cell death in human B-lymphoma cells by mitochondrial-dependent apoptotic pathway activation. 2005 Nov;39(4):425-31.
- Todisco M. Relapse of high-grade non-Hodgkin's lymphoma after autologous stem cell transplantation: a case successfully treated with cyclophosphamide plus somatostatin, bromocriptine, melatonin, retinoids, and ACTH. Am J Ther. 2006 Nov-Dec;13(6):556-7.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CINTURÓN PÉLVICO TRAS FRACTURA INESTABLE DE PELVIS

NURSING CARE IN PATIENTS WITH PELVIC SLING AFTER UNSTABLE PELVIS FRACTURE

- **Juan Granados Cordero***
- **Marta Ángel Rueda***
- **Francisco Javier García Martín***
- **Ignacio Pérez Torres****
- **Sonsoles Yáñez Isidro*****

*Enfermer@ U.G.C. Urgencias y Cuidados Críticos H.R.T. (H.U.V.Rocío) de Sevilla.
**Medico U.G.C. Urgencias y Cuidados Críticos H.R.T. (H.U.V. Rocío) de Sevilla.
*** L.A.D.E.

Resumen

Este artículo versa sobre el cinturón pélvico utilizado sobre los pacientes con fractura inestable de pelvis tras un traumatismo severo. Pretendemos dar a conocer el uso básico de este dispositivo, su eficacia y los cuidados de enfermería que debemos aplicar durante su uso, con el fin de aumentar la seguridad del paciente y evitar lesiones derivadas de su utilización. El cinturón pélvico es un dispositivo sencillo y de una sola pieza que se utiliza para reducir y estabilizar de forma segura y efectiva la fractura inestable de pelvis.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Fractura inestable de pelvis
- ✔ Cinturón pélvico
- ✔ Vigilancia hemodinámica
- ✔ Compresión circunferencial

Abstract

This article is about the pelvic sling used on patients with unstable pelvic fractures after a severe trauma. We intend to present the basic use of this device, its effectiveness and nursing care during use must apply in order to increase patient safety and prevent injury resulting from its use. The pelvic sling is a simple device and a piece that is used to reduce and stabilize in a safe and effective unstable fracture of the pelvis.

KEY WORDS:

- ✔ Unstable fracture of pelvis
- ✔ Pelvic sling
- ✔ Hemodynamic monitoring
- ✔ Circumferential compression

Este trabajo ha sido realizado en la Unidad de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (H.R.T.) perteneciente a HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las fracturas pélvicas son lesiones estables que pueden ser tratadas de forma conservadora. Sin embargo, el pequeño porcentaje de fracturas inestables constituyen un reto para el cirujano ortopédico por su naturaleza potencialmente mortal y por sus secuelas si no son tratadas correctamente.

El paciente con fractura pélvica puede ser un paciente con otras lesiones asociadas y riesgo vital. La exploración inicial debe ir orientada al estado general del paciente, siguiendo las pautas ABCDE y de soporte vital avanzado. Una vez evaluado el conjunto y establecidas las primeras medidas se puede afrontar dentro del paso C el examen físico de la pelvis.

El riesgo sistémico principal en pacientes con fracturas pélvicas es el sangrado y el shock. Las posibles fuentes del sangrado del paciente politraumatizado son: tórax, abdomen, retroperitoneo, fracturas de huesos largos asociadas y pelvis.

Cuando tenemos un paciente con sospecha de pelvis inestable, con inestabilidad hemodinámica, podemos sospecha que puede presentar un sangrado pélvico y para ese tipo de pacientes podríamos utilizar el cinturón circunferencial pélvico.

Existen varios sistemas de estabilización provisional de la pelvis para el transporte de los pacientes y su estancia pre quirúrgica en el hospital. Su finalidad es favorecer el auto taponamiento de la hemorragia intrapélvica. Los dispositivos para estabilizar y reducir la pelvis de forma no quirúrgica son, entre otros, sábana y cinturón pélvico.

Figura 1

Figura 2

CINTURÓN PÉLVICO

Es un sistema sencillo y de una sola pieza que se utiliza para reducir y estabilizar de forma segura y efectiva las fracturas de pelvis de libro abierto realizando una compresión circunferencial.

Es importante estabilizar las fracturas pélvicas durante las primeras horas críticas, es decir, durante la llamada “hora de oro” que sigue al trauma severo. Su finalidad es controlar el sangrado atribuible a la inestabilidad pélvica y contenerlo mediante un mecanismo de auto taponamiento.

Figura 3

INDICACIONES

En pacientes con fracturas pélvicas e inestabilidad hemodinámica (TA sistólica< 100 mmHg mantenida, niveles de lactato sérico persistentemente elevados).

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones en utilizar estos dispositivos en una posible fractura o lesión pélvica de forma inicial. En la actualidad, estos cinturones aplican una fuerza de compresión distribuida a lo largo de todo el estabilizador pélvico, evitando la sobrepresión, por lo que es poco probable que agrave la fractura o la lesión.

VENTAJAS

1. Proporciona la fuerza idónea y efectiva para estabilizar las fracturas pélvicas.
2. Sujeción rápida y sencilla mediante velcro.
3. Se coloca fácilmente.
4. Reutilizable.
5. Al ser más estrecho en su parte frontal posibilita el cateterismo urinario, la radiología de intervención y cirugía abdominal sin necesidad de retirarlo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Vigilancia hemodinámica.
2. Disminuir la tensión periódicamente tras la resucitación con líquidos para ajustar el aumento de volumen pélvico.
3. Limitar el uso de dispositivos que no regulen la cantidad de fuerza aplicada.
4. La duración de la compresión debe ser limitada, especialmente cuando hay lesión cutánea bajo el cinturón.

Figura 4

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos de Enfermería:

00108 Déficit de auto cuidado: baño/higiene r/c deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

- NOC: 0305 Cuidados personales: Higiene.
- NIC: 1750 Cuidados perineales.

6654 Vigilancia: Seguridad.

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p respuestas autónomas y alteración del tono muscular (de lasitud a rigidez).

- NOC: 1605 Control del dolor
- NIC: 2134 Administración de analgésicos: Intravenosa (IV)

6482 Manejo ambiental: confort.

00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración del volumen de eyección m/p alteración de la postcarga.

- NOC: 0802 Estado de los signos vitales.
- NIC: 4250 Manejo del shock.

6680 Monitorización de los signos vitales.

2080 Manejo de líquidos /electrolitos.

00021 Incontinencia urinaria total r/c traumatismo m/p falta de conciencia del llenado vesical.

- NOC: 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- NIC: 0580 Sondaje vesical.

0590 Manejo de la eliminación urinaria.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (cinturón pélvico).

- NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- NIC: 3500 Manejo de Presiones.

3590 Vigilancia de la piel.

00035 Riesgo de lesión r/c factores físicos (alteración de la movilidad).

- NOC: 1911 Conducta de seguridad: personal.

1908 Detección del riesgo.

- NIC: 6610 Identificación de riesgos.

6486 Manejo ambiental: seguridad.

00085 Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la integridad de las estructuras óseas m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras.

- NOC: 0208 Nivel de movilidad.
- NIC: 0740 Cuidados del paciente encamado.

0940 Cuidados de tracción/ inmovilización.

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (p.ej. estados hipermetabólicos).

-NOC: 0601 Equilibrio hídrico.

0600 Equilibrio electrolítico y ácido-básico.

- NIC: 4180 Manejo de la hipovolemia.

2020 Monitorización de electrolitos.

2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV).

Figura 5

Figura 6

Figura 7

PROTOCOLO

El protocolo aprobado en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" es el siguiente:

CONCLUSIONES

1. El uso de cinturones pélvicos ha demostrado su utilidad y eficacia en la estabilización de fracturas pélvicas inestables.
2. Su efecto de compresión controlada ayuda al control hemorrágico, disminuyendo las altas tasas de mortalidad por este tipo de fracturas en el trauma grave.

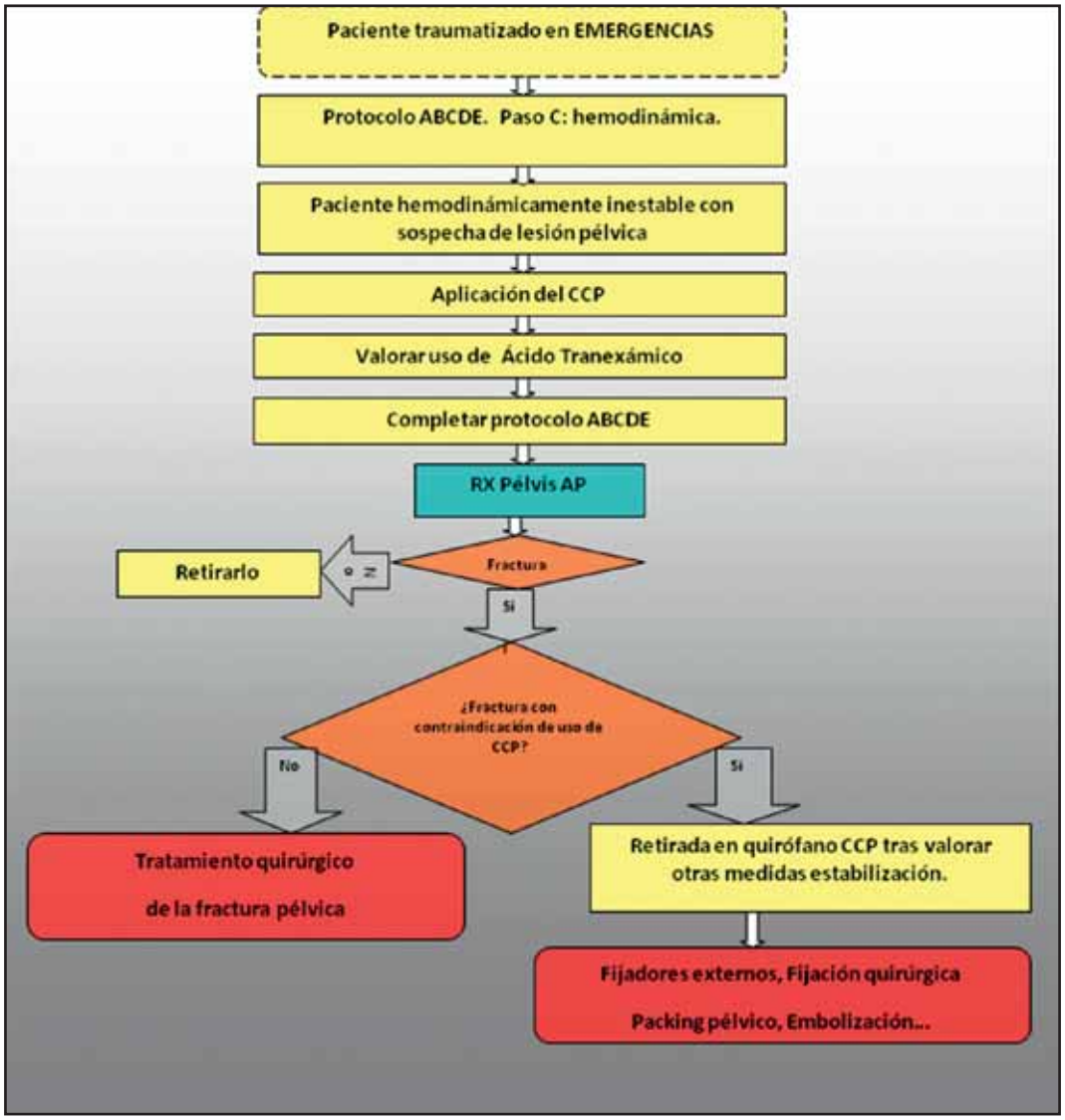


Figura 8

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelvic Circumferential Compression in the Presence of Soft-Tissue Injuries: A Case Report. Krieg JC, Mohr M, Mirza AJ, Bottlang M. The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care. 59, pág. 470-472, 2005.
2. Effectives and complications of pelvic circumferential compression devices in patients with unstable pelvic fractures: A systematic review of literature Injury, Int. J. Care Injured 40 (2009) 1031–1035.
3. Effects of early use of external pelvic compression on transfusion requirements and mortality in pelvic fractures. The American Journal of Surgery 194 (2007) 720–723.
4. Emergent Stabilization of Pelvic Ring Injuries by Controlled Circumferential Compression: A Clinical Trial. The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care. Volume 59 • Number 3.
5. Damage control orthopedics in unstable pelvic ring injuries. Injury, Volume 35, Issue 7, July 2004, Pages 671-677.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO EN CIRUGÍA HEPÁTICA

OPERATING ROOM NURSING ACTION IN LIVER SURGERY

Veronica Morano Iglesia
Diplomada En Enfermería

Resumen

La cirugía hepática empezó a desarrollarse a partir de la segunda mitad del siglo XX y como toda cirugía mayor precisa una preparación exhaustiva. Enfermería tiene un papel esencial, valorando, planificando, ejecutando y evaluando para así, fomentar la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados.

En este artículo se describe la actuación de enfermería en el proceso quirúrgico de una resección hepática detallando cada uno de los pasos a seguir en la preparación del quirófano y el material necesario para dicha intervención, en la llegada y acogida del paciente y en el trascurso de la operación y su traslado.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Quirófano
- ✔ Hepatectomía
- ✔ Instrumentista
- ✔ Enfermería

Abstract

The liver surgery began to develop from the second half of the twentieth century and as all major surgery requires a thorough preparation. Nursing plays an essential role, assessing, planning, implementing and evaluating so, promote patient safety and quality of care.

This article describes the performance of nursing in the surgical process of hepatic resection detailing each of the steps in the preparation of the operating room and equipment necessary for such intervention in the arrival and reception of the patient and in the course of operation and transportation.

KEY WORDS:

- ✔ Surgery
- ✔ Hepatectomy
- ✔ Instrumentalist
- ✔ Nursing

INTRODUCCIÓN

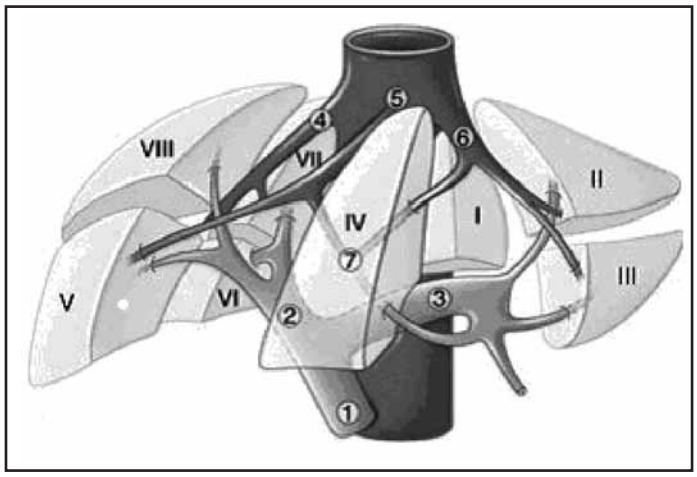
El hígado es un órgano situado en el cuadrante superior de la cavidad abdominal protegido por las costillas y cuyo peso suele representar el 2% del peso corporal.
En el hígado se diferencian morfológicamente dos partes, derecha e izquierda, con una vascularización distinta mediante la arteria hepática y las venas porta derecha e izquierda y un sistema de reservorio y excretor de bilis mediante la vesícula y las biliares.
Existe una división hepática por segmentos (clasificación de Brisbane), utilizada en cirugía, basada en la distribución vascular y drenaje biliar mediante la cual se habla de ocho segmentos que forman la anatomía funcional hepática. (Fig.1)

Las principales funciones del hígado son metabólicas dentro de las cuales están la producción de bilis, síntesis proteica, lipídica, factores de coagulación y deposito de glucógeno.

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

1. PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO:

El objetivo de toda esta preparación es que no surjan imprevistos innecesarios cuando ya haya comenzado la intervención y que el paciente pueda minimizar su nivel de ansiedad con una espera menor.



1. TRONCO PORTAL
2. RAMA DERECHA
3. RAMA IZQUIERDA
4. VENA SUPRAHEPÁTICA DERECHA
5. VENA SUPRAHEPÁTICA MEDIA
6. VENA SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA
7. DRENAJE CRUZADO DE LAS VENAS SUPRAHEPÁTICAS

Figura 1

El enfermero circulante:

- Comprueba el correcto funcionamiento de la mesa quirúrgica, monitor, respirador, bomba de perfusión, aspiradores, lámparas, laringoscopio, controles de temperatura y humedad, calentador de sueros, manta térmica, mesa de instrumental, mesa de mayo y cigüeñas accesorias para anestesia.
- Prepara el aparataje electromédico necesario:
  Consola del bisturí eléctrico con placa
  Ecógrafo con sonda intraoperatoria específica
  Consola del aspirador quirúrgico ultrasónico (CUSA)
  Consola del disector monopolar de radiofrecuencia (Tissuelink)
- Prepara material para canalizar vía venosa periférica y catéter epidural (fig. 2)
- Prepara medicación anestésica y material para la intubación (fig. 3)
- Prepara material para canalización de catéter arterial y catéter venoso central (fig. 4)
- Prepara material para sondaje vesical
- Coloca y distribuye de forma adecuada todas las mesas y aparatajes
- Povidona yodada y pinza con torunda para pintar la zona de incisión

El enfermero instrumentistas:

- Prepara el instrumental quirúrgico y verifica su correcta esterilización:
  Caja de hepatectomía (fig. 5)
  Terminal de bisturí eléctrico
  Terminal del disector ultrasónico CUSA
  Mangos para lámparas
- Prepara el material fungible:
  Equipo de mesa quirúrgica con paños
  Funda para mesa de Mayo
  4 batas estériles
  Guantes estériles para todos los miembros del equipo
  4 paquetes de compresas
  1 paquete de gasas
  2 bolsas de instrumental
  1 Hoja del bisturí del nº 20 y nº 15
  1 Funda protectora estéril para la sonda del ecógrafo
  Terminal de disector monopolar de radiofrecuencia (Tissuelink)
  2 Endoclip tamaño mediano
  Prolongador de bisturí
  Sonda Yankauer
  Goma larga de aspiración
  1 Drenaje pensose pequeño
  1 Sonda rectal
  2 Vaseloop rojos y azules
  Hemostático tópico (Tachosil)
  1 Venda de gasa 10cm
  4 Paños verdes de tela
  Suero fisiológico para irrigación
  Drenaje Jackson-Pratt con reservorio
- Prepara suturas:
  Ligaduras de seda del 0, 2/0, y 3/0
  Puntos de aguja cilíndrica de seda 0, 2/0 y 3/0
  Punto de aguja cilíndrica de vicryl o safil 0 y 2/0
  Prolene de aguja cilíndrica 4/0 y 5/0
  Monocryl de aguja cilíndrica 4/0 y 5/0
  Punto de aguja triangular de seda 2/0
  Punto de aguja triangular Maxon loop 1
  2 Grapadoras para piel

2. LLEGADA DEL PACIENTE A QUIRÓFANO

Tras presentarnos como los enfermeros que van a estar con el todo el proceso haremos una valoración y verificación de la identidad del paciente, de su conocimiento sobre que le van a intervenir y su localización, si presenta alergias, si se encuentra en ayunas, si se ha retirado los objetos metálicos, si ha retirado la prótesis dental, si la zona a intervenir está limpia y rasurada y que no tiene las uñas pintadas.

Esta valoración mientras colocamos al paciente y monitorizamos nos va a permitir encuadrar los diagnóstico (NANDA)- resultados (NOC) - intervenciones (NIC) para un

Figura 2

Figura 3

Figura 4

posterior registro según lo tenga establecido nuestra unidad.

Diagnósticos:

Ansiedad r/c el ambiente quirúrgico

Riesgo de lesión r/c las condiciones del quirófano, la anestesia y la cirugía

Riesgo de infección

HEMOSTASIA	4 Mosquitos rectos 4 Mosquitos curvos 8 Crile curvos 4 Kocher rectos 4 Kocher curvos 4 Mosquitos largos 4 Bengoleas 2 Craford
DISECTORES	2 Disectores cortos 2 Disectores medianos pala media 2 Disectores medianos pala fina 2 Disectores largos pala fina 1 Disector Makuuchi
PINZAS DE AGARRE	2 Allis 2 Babcock 2 Duval 2 Foester o Portatorundas 1 Pinza en ángulo recto o Mixter
CLANES	3 Satinskys 2 Clanes intestinales
PORTAGUJAS	2 Portas fuertes longitud corta 1 Portas intermedios longitud corta 2 Portas intermedios longitud mediana 2 Portas finos longitud mediana 2 Portas intermedios longitud larga 1 Portas finos longitud larga
TIJERAS	1 Tijera de Mayo recta pequeña 1 Tijera de Mayo curva pequeña 1 Tijera de Mayo recta larga 1 Tijera de Metzenbaum pequeña 2 Tijeras de Metzenbaum medianas 2 Tijeras de Metzenbaum largas
PINZAS DE DISECCION	2 Pinzas C/D medianas 2 Pinzas S/D medianas 2 Pinzas S/D largas 2 Pinzas Debakey S/D medianas 2 Pinzas Debakey S/D largas 2 Pinzas Rusas
SEPARADORES	2 Farabeaf 2 Roux 1 Valva maleable 3 Valvas de Doyen de distinta longitud 2 Valvas de cadena 1 Valva de Pulmón
MANGOS DE BISTURÍ	Mango del nº 1 corto Mango del nº 3 largo
CÁPSULAS	1 Grande 1 Pequeña

Figura 5 CAJA DE HEPATECTOMIA

Déficit de volumen de líquidos r/c la pérdida activa

Resultados:

El paciente reduce la ansiedad
El paciente reduce el riesgo de complicaciones e infecciones
El paciente mantiene la integridad de la piel
El paciente mantiene la temperatura corporal y el equilibrio hidoelectrolítico
El paciente mantiene la seguridad y dignidad

Intervenciones:

Identificarnos
Proporcionar explicaciones y contestar preguntas
Preparación ambiental previa del quirófano citada en el apartado anterior
Guiar el posicionamiento del paciente
Vigilar la asepsia y esterilidad durante toda la intervención
Identificar posibles riesgos que puedan surgir

El enfermero circulante:

- Ayuda a pasar al paciente a la mesa quirúrgica
- Preserva su intimidad y temperatura con sabana y manta térmica
- Monitoriza al paciente con EKG, pulsiosimetría y tensiómetro
- Canalizar o revisar acceso venoso periférico
- Colabora en la inducción anestésica e intubación
- Colabora en canalización de vía central y arterial
- Realiza sondaje vesical
- Colabora en situar al paciente en la posición adecuada evitando que este pueda moverse durante la intervención
- Asegura el arco que va a separar el campo quirúrgico de la zona anestésica
- Protege las zonas de apoyo del paciente
- Coloca la placa de bisturí eléctrico
- Termina de recolocar la posición del aparataje para el trascurso de la intervención

El enfermero instrumentista:

- Comienza a montar las mesas quirúrgicas, la de mayo o mesa auxiliar y la riñonera mesa principal.
- Desplegará el equipo estéril para la mesa quirúrgica tocando por los extremos para mantener la esterilidad de la zona de apoyo del instrumental.
- Tanto el instrumentista como personal auxiliar de quirófano irán echando en dicha mesa todo el material fungible, material inventariable y suturas necesarias citadas con anterioridad dejando en último lugar bata, papel para secar y guantes del instrumentista
- El instrumentista procede a realizar el lavado quirúrgico
- El instrumentista se viste de forma estéril
- El personal auxiliar procede a abrir la caja de instrumental dejándola preparada para que de forma estéril el instrumentista pueda cogerla
- La colocación de las mesas será la siguiente:

MESA PRINCIPAL: (fig. 6)

Diferenciaremos de izquierda a derecha y de arriba a bajo:

Cápsula para suero
Bisturí frío
Suturas ordenadas
Instrumental de hemostasia
Disectores
Instrumental de agarre
Clanes
Portas
Tijeras
Pinzas de disección de cortas a mas largas, de dientes a sin dientes

Figura 6

Separadores
Material de uso puntual puesto que el acceso a esa zona de la mesa es más alejado
Paños para el campo quirúrgico, batas y guantes. Esto se usará al comienzo de la intervención dejando la zona mas alejada de la mesa y por lo tanto la menos controlada para preservar la esterilidad sin instrumental imprescindible y que pudiera contaminarse con mayor facilidad.

MESA DE MAYO O CIGÜEÑA:

En ella iremos colocando el instrumental al uso y se devolverá a la mesa principal cuando no sea preciso en el momento.

Es importante tener siempre en dicha mesa:
Ligaduras de seda montadas en disectores
2 portagujas finos con puntos de Prolene de 4/0 y 5/0
Tijeras de disección e hilos
Pinzas hemostáticas de distinta longitud según el momento de la intervención
Contar todo el instrumental, gasas y compresas al inicio para realizar un recuento previo al cierre de la herida quirúrgica que deberá ser igual.

3. COMIENZO DE LA INTERVENCIÓN

Una vez que esta todo preparado, los cirujanos pueden proceder a hacer el lavado quirúrgico.

El enfermero circulante:

- Ayuda a vestirse al personal estéril
- Confirma la colocación correcta de todo el quirófano
- Permanecerá durante toda la intervención de intermediario entre el personal estéril y el exterior
- Aportará al instrumentista lo que necesite
- Participa en el recuento de gasas y compresas junto con el instrumentista
- Controla todo el proceso tanto anestésico como quirúrgico de una forma no estéril para anticipar necesidades y evitar posibles riesgos.
- Finalizada la cirugía ayudará al anestesista en el despertar anestésico y al traslado del paciente a la unidad de despertar o reanimación.

El enfermero instrumentista:

- Ayuda a vestirse al personal estéril
- Pinta con antiséptico la zona a intervenir
- Ayuda a la colocación de sabanas y paños de la zona a intervenir
- Coloca instrumentos necesarios en el campo y la posición de ambas mesas
- Tras todo esto procederán a la incisión de la piel y el instrumentista deberá anteponerse a los pasos de la intervención para reducir el tiempo quirúrgico y así disminuir los riesgos.
- Una vez abierta piel, músculo y peritoneo se procede a facilitar separadores para tener un buen campo de trabajo
- Se procede a la colocación del terminal del ecógrafo de forma estéril para ecografía intraoperatoria con la que determinaran la zona exacta a resecar.
- Se realiza el montaje de los aparatos que se van a usar para dicha resección como son el CUSA y TISSULINK o AQUAMANTIS ambos con un sistema irrigador-aspirador.
- Puede ser necesario pasar un Pringle para reducir el sangrado y facilitar la resección
- Tras terminar esta se procederá a la hemostasia y cierre por planos tras un contaje correcto de todo el instrumental, gasas y compresas.
- Se limpiará la herida y colocaremos un apósito
- Procedemos a la recogida del instrumental no desechable para su correcta limpieza y esterilización.

BIBLIOGRAFÍA

- Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Protocolo clínico de trasplante hepático.3ª ed. Málaga: 2010. Disponible en: www.carloshaya.net
- Gómez da Silveira V, Ribeiro Filho J. Anatomía y fisiología hepática. En: Vicente E, Loinaz C, editores. El trasplante hepático en el comienzo del milenio. 1ª ed. Sao Paulo: Atheneus Hispánica; 2006. p. 13-36.
- Asociación española de cirujanos (AEC). Guía Clínica de la AEC: Cirugía Hepática. Madrid: Ed. Arán; 2008. Disponible en: www.aecirujanos.es
- Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. www.aeeq.net
- FUDEN (Fundación para el desarrollo de la enfermería). Cuidados Enfermeros en Atención Primaria y Especializada. Madrid: Ed. Enfo; 2008.

REVISIÓN Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA EL TRASTORNO BIPOLAR

REVIEW AND PROPOSAL OF A PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM FOR BIPOLAR DISORDER

María del Carmen Gallardo Carrasco
Enfermera especialista en salud mental. Servicio Andaluz de Salud.

Resumen

El Trastorno Bipolar (TB) es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. Supone la sexta causa de incapacidad laboral en el mundo 1y su incidencia se aproxima al 4% de la población adulta 5.
La psicoeducación en el tratamiento de los pacientes bipolares supone una serie de ventajas entre las que se encuentran: la mejora de la percepción de la calidad asistencial, una mejora en la alianza terapéutica, un mejor cumplimento farmacológico, una mayor capacidad del paciente para reclamar ayuda en situaciones complejas y una implicación del propio paciente en su tratamiento8.
La Enfermera Especialista en Salud Mental, ejerce un papel muy importante en el seguimiento del grupo psicoeducativo, con una implicación activa y ejerciendo una función propia, la docente. NIC: 5604, 5510, 5602 y 5616 22.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Psicoeduación
- ✔ Trastorno bipolar
- ✔ Tratamiento

Abstract

Bipolar disorder is a serious mental illness, chronic and recurrent. They assume the sixth leading cause of disability worldwide incidence approaches 1 and 4% of the adult population 5.
Psychoeducation in the treatment of bipolar patients involves a number of advantages, among which are, improving the perception of the quality of care, improved therapeutic alliance, a better drug compliance, increased patients' ability to claim aid in complex and patient involvement in their own treatment.
The Nurse Specialist in Mental Health, exercises a very important paper in the follow-up of the group, with an active implication and exercising an own function, the teacher. NIC: 5604, 5510, 5602 and 5616.

KEY WORDS:

- ✔ Psychoeducation
- ✔ Bipolar disorder
- ✔ Treatment

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar (TB), denominado clásicamente "psicosis maníaco-depresiva" es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. Son la sexta causa de incapacidad laboral en el mundo [1]y por su gravedad y cronicidad suponen un gran gasto económico y social, tanto directo (ingresos hospitalarios, utilización de recursos médicos…) como indirecto (bajas laborales, pérdida de productividad…).[2,3,4].
Las consecuencias de la enfermedad y de las recaídas subsiguientes para el individuo y sus familiares, unidos al alto riesgo de mortalidad por suicidio (Vieta y cols., 1992,1997; Tsai y cols., 2002), hacen necesario un esfuerzo terapéutico múltiple que vaya más allá de la farmacoterapia, y a su vez, la facilite.

BREVE PASEO POR LA HISTORIA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Durante casi un milenio después de la caída del Imperio Romano, la hipótesis humoral de los griegos (desequilibrio de los cuatro humores; bilis negra, amarilla, flema y sangre como causa de las enfermedades), se impuso como la teoría de la causa de la depresión y la manía. La hipótesis humoral afirmaba que la "melancolía" (depresión) era

causada por la bilis negra[6], mientras que la "manía" (locura) por la bilis amarilla[7].
Los primeros escritos que describen la relación entre manía y melancolía se atribuyen a Areteo de Capadocia, en el siglo II a.C. Durante siglos, se utilizó el término "manía", para referirse a cuadros de agitación, cualquiera que fuese su origen.
Tenemos que avanzar hasta el siglo XIX, para establecer un vínculo conceptualmente y clínicamente entre los conceptos de manía y depresión a través de las primeras descripciones detalladas de la *folie circulaire* (locura circular) por Falret, y como *folie à double forme* (locura de forma dual) por Baillarger (Sedler 1983).
Fue Emil Kraepelin, considerado por muchos como el padre de la conceptualización moderna de trastorno bipolar el que acuñó el término "psicosis maníaco-depresiva", su obra *La Locura maníaco-depresiva y al paranoia*[8], marcó un antes y un después en aspectos nosológicos del trastorno bipolar, ya que dibuja las fronteras de la psicosis maníaco-depresiva con la esquizofrenia, describe el curso episódico de la enfermedad, formula su heredabilidad y caracteriza sus principales formas clínicas.
Paralelamente a la evolución de los conceptos nosológicos, la historia del trastorno bipolar está marcada por el hito del descubrimiento de las sales de litio protagonizada por John Cade, en 1948, se aplicó como un tratamiento eficaz para las personas que padecían la enfermedad. Éste fue el primer compuesto que demostró ser eficiente en el tratamiento de cualquier condición psiquiátrica.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Son cada vez más los instituciones sanitarias españolas que están incorporando programas psicoeducativos en su cartera de servicios.
Según la Guía de Práctica Clínica del Trastorno Bipolar elaborada por un grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2002, la prevalencia a lo largo de la vida del TB está entre el 0.5 y 1.6% (*ver justificación.)* y la evidencia científica sobre psicoeducación dirigida a los pacientes, desvela que:

1+ En pacientes con trastorno bipolar en tratamiento farmacológico, la psicoeducación individual centrada en el entrenamiento para la identificación precoz y actuación ante los pródromos es eficaz para la prevención de episodios maníacos. [20]

1+ En pacientes con trastorno bipolar que se encuentran en fase de eutimia y en tratamiento farmacológico, la psicoeducación grupal contribuye a la prevención de recaídas manteniéndose dicho efecto a los 5 años de seguimiento. [12]

Entre los principales Hospitales que están desarrollando programas psicoeducativos en nuestro país actualmente, cabe citar:

- Hospital Clinic, en Barcelona. Dr. Eduard Vieta et cols.
- Hospital Universitario de la Paz, en Madrid. Dra. Consuelo de Dios et cols.
- Hospital la Fe, en Valencia. Dra. Asunción Pino, Dr. Lorenzo Aldana et cols.
- Hospital Valdecilla en Santander. El programa "JANO" de atención temprana. Dra. Sara González et cols.

El País Vasco también incorpora en sus Guías de Educación Sanitaria, un número de Psicoeducación: "Tratamiento con Litio".
Andalucía cuenta con Equipos de Salud Mental distribuidos por toda la comunidad, en los que se llevan a cabo tareas psicoeducativas de forma individualizada o grupal.
El Plan Estratégico 2011-2013 del Cibersam "Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental", incluye en sus líneas de trabajo: la creación de una base de datos con información actualizada sobre epidemiología de TB y fomentar tratamientos no farmacológicos, entre ellos, la psicoeducación como una parte del tratamiento del TB.
La Junta de Andalucía siguiendo el marco del II PISMA el II Plan Integral de la Salud Mental en Andalucía 2008-2012, ha elaborado una página web llamada "1 de 4" [23], donde se recogen testimonios, documentos y novedades sobre las enfermedades mentales. Entre sus objetivos se encuentra dar a conocer la enfermedad mental y reducir el estigma social en torno a ella. Dedica un espacio al Trastorno Bipolar se hace mención especial a la psicoeducación como parte fundamental del proceso de enfermedad.
Otra línea de acción en pro del TB, son las numerosas asociaciones que existen a nivel estatal. En Andalucía podemos encontrar en casi todas las provincias, entre sus actuaciones cabe destacar: la ardua lucha contra la estigmatización social, la promoción de la psicoeducación en talleres - jornadas, apoyo familiar y ofrecer un espacio para la agrupación de afectados por esta patología (lo cual tiene un gran valor para la conciencia de enfermedad, convives con personas que hacen vida normalizada, personas que están debutando, mujeres con descendencia…).

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

La prevalencia a lo largo de la vida del TB está entre el 0.5 y 1.6%. Según datos de la U.S. National Comorbidity Survey Replication (2007).
En general puede afirmarse que entre el 3 y 6% de la población desarrolla alguna forma leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o breve o la ciclotimia[13,14].
El estudio de la incidencia (número de nuevos casos en una población durante un periodo de tiempo) del TB se ve dificultado por los problemas diagnósticos de los primeros episodios afectivos. En torno al 50% de los casos de Trastornos Bipolares se inician con episodios depresivos[15], siendo diagnosticados inicialmente de Trastorno Depresivo Mayor. Los estudios publicados muestran variaciones de la incidencia entre 1.7 y 6.2 por 100.000 por año.
En cuanto a la edad de inicio, estudios revelan un margen bimodal, con una frecuencia máxima entre los 28 y 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50. Novedosos estudios demuestran la existencia de una diferencia de género [20] en cuanto la edad de aparición de la manía, siendo esta claramente menor en hombres que en mujeres. Las mujeres parecen ser diagnosticadas en torno a 3.2 años después que los hombres[16]. La edad precoz de

inicio no sólo se asocia al género masculino sino a conductas antisociales durante la infancia. Las mujeres debutan con mayor frecuencia con episodios depresivos[17], y presentan en general mayor número de recaídas depresivas[18] y mayor refractariedad de las depresiones; también parecen más proclives a la ciclación rápida (viran en corto periodo de tiempo, cuatro o más episodios de depresión y/o manía al año) y a la manía disfórica (fase mixta)[19].

Son varios los estudios (Perry y cols., 1999; Colom y cols., 2003) que avalan, verifican y dotan de rigor científico a la utilidad de la psicoeducación en el tratamiento del TB. La psicoeducación, como en el resto de enfermedades médicas, funciona como herramienta terapéutica proporcionando al paciente multitud de beneficios en pro del manejo óptimo de su enfermedad. Existe una estrecha relación entre el conocimiento que tiene un paciente acerca de su patología y la mejora del curso de la misma[8], es un axioma que se aplica en todas las especialidades médicas.

La psicoeducación va más allá del transmitir una simple "información", proporciona un acercamiento teórico–práctico hacia la comprensión y el afrontamiento de las consecuencias de su enfermedad, significado de la misma, desencadenantes individuales, pródromos, manejo de síntomas, tratamiento…

Las sesiones grupales estructuradas y programadas, actúan despertando en el paciente un sentido de implicación y responsabilidad en lo que atañe a su tratamiento pasando de ser un elemento pasivo a un elemento activo, se crea una alianza terapéutica, se percibe mayor calidad asistencial, ejercen un efecto profiláctico en las recaídas, el ambiente grupal favorece el aprendizaje por modelado (todos pueden aprender de la exposición de experiencias personales de cada miembro del grupo), facilitan el apoyo entre ellos, fomentan la conciencia de enfermedad, aumentan el círculo social y favorecen la disminución del estigma social.

> Siguiendo a E. Vieta *"… parece imposible pensar que un paciente diagnosticado pueda adquirir, prácticamente por ciencia infusa, un conocimiento suficiente de su enfermedad… es necesario implementar la psicoeducación en los algoritmos de tratamiento del paciente bipolar…"*

Judd, 2002, estudió en 146 pacientes diagnosticados de trastorno Bipolar I la historia natural a largo plazo de la situación semanal sintomática, los resultados obtenidos dejan paso a la psicoeducación como pilar en el tratamiento, ya que demostró que los pacientes bipolares experimentan sintomatología subsindrómica (depresivos leves e hipomaníacos), tres veces más que sindrómica, a nivel de depresivo mayor o clínica maníaca[11].

Por lo tanto el tratamiento del TB no debe de ser monoterápico, debe de tener un pilar fundamental farmacológico (nunca se puede obviar) y un componente psicoeducativo -psicoterapéutico.

> *Colom, 2011, "… la psicoeducación es el litio de las psicoterapias…"*[21]

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Trastorno Bipolar consiste en una alteración del mecanismo que regula el estado de ánimo, existe una fluctuación anímica, de forma que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su día a día se acentúan hasta un punto que puede llegar a requerir de hospitalización.

Las personas que padecen un Trastorno Bipolar presentan períodos de días, semanas o meses durante los cuales, experimentan sintomatología que se corresponde con clínica depresiva como por ejemplo, pérdida de interés en sus actividades habituales, falta de concentración, apatía intensa, alteraciones en el ritmo del sueño y del apetito (tanto en el sentido de aumento como en el de disminución) denominándose a este conjunto sintomático *fase depresiva*; y por el contrario, padecen episodios con sintomatología que la situamos en el polo opuesto, es decir, se creen o se "sienten" capaces de cualquier cosa, gastan una plétora de dinero, hablan en exceso, se embarcan en numerosos proyectos, muestran hostilidad, irritabilidad y se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria. Este periodo, según su intensidad, recibe el nombre de *fase maníaca* o *fase hipomaníaca*. Existen también las llamadas, *"fases mixtas"*, en las que se entremezclan síntomas de ambas fases.

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychological Association (A.P.A.) DSM-IV –TR®, y la clasificación por códigos del CIE-10 (OMS), tipifica los trastornos bipolares, del siguiente modo:

Trastorno Bipolar I: es la forma clásica. Se caracteriza por fases de *manía*, que generalmente requiere hospitalización, y *depresiones intensas*; es relativamente frecuente que aparezcan delirios[8] (interpretar coincidencias como si tuvieran relación con uno mismo, creerse superdotado o un Mesías, o bien, en la depresión, creerse culpable de todo e indigno de seguir viviendo) e incluso, en algunos casos, alucinaciones.

Se subdivide en seis tipos: episodio maníaco único (F30.x), episodio más reciente hipomaníaco (F31.0) , episodio más reciente maníaco (F31.x) , episodio más reciente mixto (F31.6, episodio más reciente depresivo (F31.x) y episodio más reciente no especificado (F31.9). Cada una de los criterios tiene sus propias características definitorias, en general diremos que una persona puede ser diagnosticada de trastorno Bipolar I si: **A**. Presencia de un episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo mayor; **B**. Historia de un episodio depresivo mayor, mixto, hipomaníaco o maníaco, según cuál sea el episodio más reciente que se haya tipificado en el criterio A; **C.** Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; **D.** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado; **E.** Los síntomas

afectivos de los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo) [9].

Trastorno Bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaníacos) (F31.8), se caracteriza por depresiones igualmente intensas, pero fases de euforia moderadas, que no requieren ingreso hospitalario y que se denominan hipomanía (o Manía Moderada). Se diagnostica si: **A.** Presencia (historia) de uno o más episodios depresivos mayores; **B.** Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco; **C.** No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto: **D**. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado[10].

Ciclotimia (F34.0), se caracteriza consiste en la sucesión de *fases hipomaníacas* y *fases depresivas* leves y es frecuente que quienes la sufren nunca hayan solicitado atención psiquiátrica por se diagnostica cuando la persona experimenta: **A**. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. **B**. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses. **C**. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto. **D**. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. **E**. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). **F**. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno Bipolar no especificado: (F31.9): Características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar especificado.

TABLA DIFERENCIAL

Resumen de los criterios para los síntomas maníacos y depresivos de los trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV-TR		
Trastorno	Criterios para los síntomas maníacos	Criterios para los síntomas depresivos
Trastorno depresivo mayor	Sin historia de manía e hipomanía	Historia de episodios depresivos
Trastorno distímico	Sin historia de manía e hipomanía	Estado de ánimo depresivo la mayoría de los días durante al menos dos años (sin cumplir criterios de episodio depresivo mayor)
Trastorno bipolar I	Historia de episodios maníacos o mixtos	Frecuente presencia de episodios depresivos mayores pero no necesarios para el diagnóstico
Trastorno bipolar II	Uno o más episodios hipomaníacos, sin episodios maníacos o mixtos	Historia de episodios depresivos mayores
Trastorno ciclotímico	Durante al menos dos años, presencia de numerosos períodos con síntomas hipomaníacos	Numerosos períodos con síntomas depresivos, pero que no cumplen los criterios para episodio depresivo mayor
Trastorno bipolar no especificado	Presencia de síntomas maníacos pero no cumple los criterios para el Trastorno bipolar I y el Trastorno bipolar II ni para la ciclotimia	No se requieren para el diagnóstico

DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa propuesto basándonos Colom F., Vieta E. 2004; Pino Pino A. et al. 2008; Guía Clínica de Trastorno Bipolar, 2002; lo elaboramos en torno a cinco bloques temáticos: conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, sustancias psicoactivas, detección precoz de recaídas y regularidad de hábitos y manejo del estrés.

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de TB en fase eutímica (periodo anímicamente estable).

Criterios de exclusión: Paciente con sintomatología activa y en el caso que un paciente previamente eutímico vire a manía o depresión durante el desarrollo del programa lo excluiremos.

Frecuencia: semanal durante 10 semanas.

Duración: 90 minuto.

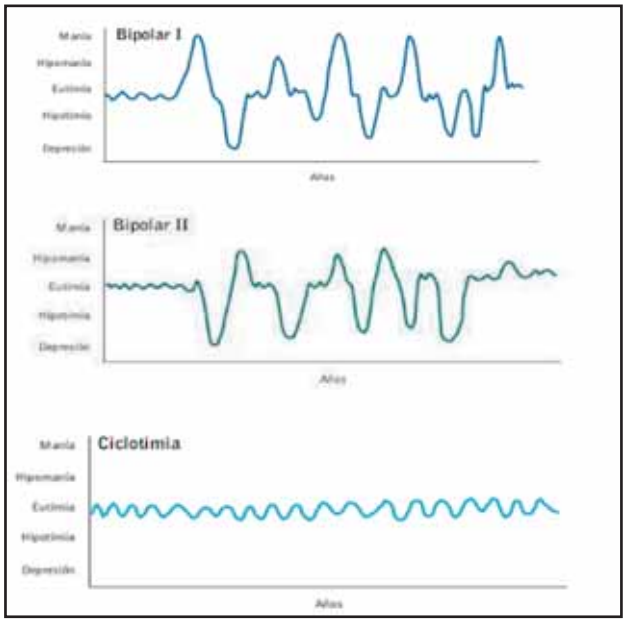
Sesión inicial: Establecemos un cita para una primera toma de contacto, presentación y establecer normas.

CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha del programa propuesto y siguiendo la tendencia de efectos positivos obtenidos en otros programas de la misma temática; concluimos proponiendo este programa para su implantación y desarrollo en dispositivos de Salud Mental, ya que obtendremos resultados muy favorables para la prevención, curso y pronóstico del Trastorno Afectivo Bipolar.

Por otro lado, al incluir a la Enfermera Especialista en Salud Mental como agente activo de dicho programa, fomentaríamos la actividad laboral y una función propia: la docente.

GRÁFICOS COMPARATIVOS DEL ESTADO DE ÁNIMO



BLOQUE 1: CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	
Sesión 1:	Definición de enfermedad bipolar. Sintomatología maníaca, depresiva y mixta.
BLOQUE 2: ADHERENCIA FARMACOLÓGICA	
Sesión 2:	Tratamiento: estabilizadores del ánimo.
Sesión 3:	Tratamiento: anitimaníacos
Sesión 4:	Tratamiento: antidepresivos
Sesión 5:	Control de niveles plasmático (Litio, Valproato y Carbamacepina)
BLOQUE 3: EVITAR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
Sesión 6:	Sustancias psicoactivas: riesgo de la enfermedad bipolar.
BLOQUE 4: DETECCIÓN PRECOZ DE RECAÍDAS	
Sesión 7:	Detección precoz de episodios maníacos, depresivos y mixtos
Sesión 8:	Revisión de sesión anterior. ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?
BLOQUE 5: REGULARIDAD DE HÁBITOS Y MANEJO DEL ESTRÉS	
Sesión 9:	Regularidad de hábitos. Manejo del estrés: técnicas de relajación.
Sesión 10:	Clausura

BIBLIOGRAFÍA

1. López AD, Murray CJ. The global burden of disease. Nat Med. 1998 Nov; 4 (11): 1241-3
2. Wyatt RJ, Hener I. An economic evaluation of maniac-depressiva illness 1991. Soc psychiatric Epidemiol United States 1995; 30: 213-219
3. Johnson RE, McFarland BH. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. Am J Psychiatry. 1996 Aug;153(8):993-1000.
4. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2003;45(1):5-14.
5. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, et cols. Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry. 2003 Jan;64(1):53-9.
6. J.C. Tolentino. "The History of Bipolar Disease". eHow.com. Consultado el 8 Enero 2013.
7. Rashmi Nemade."Historial and Contemporary Understandings of Bipolar Disorder" . Mental Help Net. Consultado el 8 de Enero 2013.
8. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ars Médica. 2004.
9. Disponible: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastorno-bipolar/. Consultado 20 de Enero 2013.
10. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson
11. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et cols. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jun;59(6):530-7.
12. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran, M, et cols. Un ensayo aleatorizado sobre la eficacia de la psicoeducación de grupo en la profilaxis de las recidivas en pacientes bipolares cuya enfermedad está en remisión. Arch. Gen. Psychiatry. 2003, 60: 402-408.
13. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR,Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE,Wickramaratne PJ, Wittchen H y Yeh EK. Cross-national epidemiology of majordepression and bipolar disorder. JAMA, 1996; 276 (4): 293-299.
14. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord, 1998; 50 (2-3): 143-151.
15. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD y Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: aprospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry, 2005; 62 (12): 1322-1330.
16. Viguera AC, Baldessarini RJ y Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of women and men. Bipolar Disord, 2001; 3 (5): 245-252.
17. Robb AS. Bipolar disorder in children and adolescents. Curr Opin Pediatr, 1999; 11 (4):317-322.
18. Roy-Byrne PP, Joffe RT, Uhde TW y Post RM. Approaches to the evaluation and treatment of rapid-cycling affective illness. Br J Psychiatry, 1984; 145: 543-550
19. Burt VK y Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. Bipolar Disord, 2004; 6 (1): 2-13.
20. Documento del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. 2002. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf
21. Colom F. Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40, Suplemento 2011
22. Dochterman, J.M., & Bulechek, G.M. Nursing interventions classificatin (NIC). (4th ed.).St. Louis: Mosby; 2004.
23. Disponible en: http://www.1decada4.es/volvamosapensar/conocela/#ficha. Consultado el 27 Abril del 2013.

HELYCOBACTER PYLORI, DETECCIÓN DE UNA BACTERIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL. (TEST DE ALIENTO O UREASA)

PYLORI HELYCOBACTER INFECTIONS, DETECCÍÓN OF A BACTERIUM IN THE CHILD POPULATION. (BREATH TEST OR UREASE)

- **Romero González Concepción**[1]
- **Cruz García Mª Esperanza**[2]

1. D.E. U.G.C. Pediatría–Neonatología. Hospital Valme (Sevilla). Enfermera de Unidad de Pruebas Funcionales.
2. D.E. U.G.C. Pediatría-Neonatología. Hospital Valme(Sevilla) Residente de Enfermería Pediátrica.

Resumen

H. Pylori, un bacilo gram negativo capaz de producir en niños diversos trastornos y especialmente patología digestiva , dando lugar a gastritis crónica y con menos frecuencia úlcera gastrica y duodenal aunque en menor proporción que en los adultos.
La colonización por H. pylori, depende de diversos factores como la virulencia del microorganismo, la suceptibilidad del huésped y las condiciones ambientales (nivel-socioeconomico).
La prevalencia infantil en nuestro medio es de un 22% , similar a otros países de nuestro entorno geográfico.
Esta bacteria espiral (característica que le da el nombre de HELICOBACTER), puede atornillarse por sí misma para colonizar el epitelio estomacal, vive exclusivamente en el estómago humano siendo el único organismo conocido que puede subsistir en un ambiente tan ácido.
Tanto para su diagnóstico tras los síntomas que suelen ser en la mayoría de la población infantil dolor abdominal de localización epigástrica o periumbilical, como para su control post-tratamiento una vez diagnosticado , el método de detección NO INVASIVO, mejor tolerado por los niños y con una fiablidada y sensibilidad al 100%, es EL TEST DE ALIENTO O UREASA. Carece de efectos secundarios y está basado en la capacidad de la bacteria de producir UREASA , hidrolizando esta la UREA (C 13) isótopo natural no radioactivo administrada durante la prueba.
Hemos realizado un estudio descriptivo durante los años 2011-2012 en el área de población infantil que abarca el H. de Valme y que ha sido derivada desde sus pediatras de atención primaria a las consultas Externas de dicho hospital por presentar los niños molestias abdominales que incluso obligaron a muchos de ellos a ser vistos en las urgencias del mismo.

PALABRAS CLAVE:

- Helicobacter pilory
- Urea-C13
- Gastritis
- Mala absorción intestinal

Abstract

H. pylori, a gram-negative bacillus capable of producing various disorders in children and especially Digestiva , giving rise to chronic gastritis and with less frequency gastric and duodenal ulcer although in smaller proportion than in adults.
H. pylori colonization, depends on various factors such as the virulence of the organism, the susceptibility of the host and environmental conditions (level-socioeconomic).
The prevalence in our middle child is a 22 %, similar to other countries in our geographic environment. * This spiral bacterium (feature that gives the name of HELICOBACTER), can be screwed in itself to colonize the stomach epithelium, lives exclusively in the human stomach being the only known agency that can survive in an environment as acid.
Both for its diagnosis after the symptoms that tend to be in the majority of the child population of abdominal pain or epigastric periumbilical localization, as for its control post-treatment once diagnosed, the method of NON-INVASIVE detection, better tolerated by children and with a fiablidada and sensitivity to 100 %, it is the BREATH TEST OR UREASE.
We have carried out a descriptive study was conducted during the years 2011-2012 in the area of the child population that includes the H. of Valme, which have been derived from their pediatricians to the outpatient clinic of the hospital by presenting children abdominal discomfort even forced many of them to be seen in the emergency room of the Hospital.

KEY WORDS:

- Helycobacter pilory
- Urea-C13
- Gastritis
- Intestinal malabsorption

INTRODUCCIÓN:

H. pylori, una bacteria gram negativa , de crecimiento lento y forma helicoidal con abundantes flagelos, es microaerófila, es decir necesita de oxigeno pero a una concentración menor de la requerida en la atmósfera.

Con su flagelo y su forma espiral, la bacteria "taladra" literalmente la capa de mucus del estómago y después puede quedarse suspendida en la mucosa gástrica o adherirse a células epiteliales.

El H. pylori, se adapta fuertemente al nicho ecológico de la mucosa gástrica debido a sus características le permiten entrar dentro del moco, nadar atacar a las células epiteliales evadir la repuesta inmune y como resultado llevar a cabo la colonización y transmisión persistente. La supervivencia del germen en la mucosa gástrica se lleva a cabo por una serie de mecanismos entre los que se incluyen las adhesinas (proteínas que se unen a los lípidos) que le impiden ser arrastrada por el peristaltismo.

PATOGENIA:

Antes de 1982 se pensaba que la mayor causa de la ulcera péptica era el estress y estilo de vida. Ahora se sabe que el H. pylori está implicado en un 90% de las úlceras duodenales y hasta el 80% de las gástricas. En los niños dan lugar a gastritis crónicas y con menos frecuencia a úlcera gástrica o duodenal aunque en un porcentaje mucho menor que en un adulto.

Esta bacteria es capaz de generar deficiencias en la absorción de nutrientes y vincularse con la aparición de manifestaciones carenciales o ser el agente causal de enfermedades crónicas. Es la causa más frecuente de infección bacteriana crónica.

Afecta a toda la población mundial y a todas las edades, aumentando su prevalencia con la edad. En los países desarrollados es excepcional en el primer año de vida, baja en la infancia y va aumentando la misma con la la edad , sin embargo en los países en vías de desarrollo la prevalencia ya es alta al final del primer año de vida, afectando a la mayor parte de la población en la adolescencia.

EPIDEMIOLOGÍA:

Las vías de transmisión:

1. De persona a persona: hay mayor incidencia de H. pylori en niños cuyos padres están infectado.
2. Oral-oral: H. pylori de la saliva y de la placa dental, lo que puede sugerir la posibilidad de que la cavidad bucal sea un reservorio natural de la bacteria.
3. Fecal-oral: demuestra una gran incidencia en poblaciones en vías de desarrollo.
4. Otros medios son ingerir agua o alimentos contaminados.

No se han descrito casos por transmisión sexual y tampoco hay evidencia de que puedan existir vectores en la transmisión de esta bacteria.

CLÍNICA:

DOLOR ABDOMINAL: generalmente de localización epigástrica y con menos frecuencia periumbilical, constituye el motivo de consulta habitual, acompañado de vómitos en aproximadamente la tercera parte de los niños y en menor proporción, anorexia, pérdida de peso, pirosis y sensación de plenitud postprandial. Ocasionalmente es la causa de una enteropatía con perdida de proteínas y otras veces puede llevar a retraso pondero estatural y diarrea crónica, dando lugar a un cuadro clínico compatible con malabsorción intestinal. La infección se ha relacionado con talla baja y retraso puberal en niños preadolescentes y además con anemia ferropénica de causa no explicada, sin que hasta ahora se haya podido demostrar los mecanismos implicados en cada caso.

DIAGNÓSTICO:

Puede llevarse a cabo a través de tecnicas NO INVASIVAS, técnicas que no se consideran agresivas para el niño.

1. Serología: con una sensibilidad de un 90%, es la determinación de antígenos en las heces de los niños infectados pero esta técnica es menos sensible y específica en el diagnóstico post-tratamiento.
2. Recientemente se han detectados en orina con la misma proporción de sensibilidad que en las heces.
3. También se han localizados estos anticuerpos en saliva y placa dental aunque en estos casos no está muy clara su utilidad.
4. Sin embargo la TÉCNICA NO INVASIVA más SENSIBLE Y ESPECÍFICA es el TEST DE ALIENTO O UREASA, con una fiabilidad del 100% siendo el método mas fiable de control tras finalizar el tratamiento.

El método INVASIVO utilizado es la ENDOSCOPIA, pera a ella se recurre cuando tras una terapia de tratamiento sigue persistiendo la bacteria.

TRATAMIENTO:

Tras un primer diagnóstico, se administra una terapia combinada de antibióticos junto con omeprazol o sales de bismuto, siendo esta última peor tolerada por los niños.

El antibiótico de elección dependerá de la edad del niño, del resultado del test y de si la infección es reincidente.

MÉTODO Y RESULTADOS:

Este test se basa en la capacidad de la bacteria de producir ureasa.

Tras al menos 6 horas de ayuno y no haber tomado previa-

mente de 20 a 30 días antes de la prueba ni antibióticos, ni omeprazol, se coge una muestra BASAL a los 10 min. de haber ingerido una solución de ácido cítrico, que en los niños puede sustituirse por un zumo de naranja natural recién hecho, seguidamente se administra un comprimido de UREA C13 (a dosis de 1.5 mgr por kg de peso con un máximo de 75 mgr) tras 30 min. de espera en reposo se recoge la 2º muestra que es la POST.

La ureasa que produce la bacteria hidroliza potentemente la urea administrada liberando CO2 marcado que se excreta por la espiración, como isótopo se utiliza el C13 por ser el único isótopo NO RADIOACTIVO que puede emplearse en niños sin efectos secundararios.

Se consideran positivos los resultados superiores a 4 ppmil (partes por mil) de exceso de C13 en el aire espirado.

Un estudio realizado en la Unidad de Pruebas Funcionales del Hospital de Valme durante los años 2011 y 2012, cuya población abarca gran parte del distrito Sevilla-Sur dieron como resultado la realización de 37l test de aliento o ureasa (182 niñas y 189 niños) , de edades comprendidas entre 2 años y 14 años. Todos ellos derivados de las consultas externas de Pediatría de dicho Hospital, la mayoría de las tres consultas de Pediatras digestivos.

Entre las pruebas realizadas se encontraron un total de 83 positivos, a estos positivos hay que añadir otros 43 positivos que previamente habían sido diagnosticados a través de anticuerpos en heces y se utilizó el test de aliento como control post-tratamiento.

La mayor incidencia de positivos se dió en el intervalo de edad comprendido entre 9-11 años (34) , siendo también este intervalo de 9-11 años donde más test se realizaron (116) por presentar estos niños síntomas que sospechaban de la infección.

De los 126 positivos totales en un principio 17 fueron resistentes a los antibióticos y necesitaron un posterior tratamiento, y tan solo uno presentó una resistencia reiterada hasta en tres ocasiones que obligaron a tratarlo.

De los 371 test realizados en tan solo 6 casos hubo que repetir la prueba por la presencia de vómitos tras la ingesta del citrato, siendo peculiar el dato que no todos se encontraban entre los grupos de los más pequeños:

1 - de 5 años	3 - de 7 y 8 años	1 - de 12 años	1 - de 14 años

También cabe destacar que no hubo necesidad de repetir la prueba por falta de muestra de aliento en los tubos de las muestras tomadas.

CONCLUSIÓN:

Hasta hoy el TEST DE ALIENTO O UREASA, es la prueba más inocua, sensible, con una fiabilidad del 100% y lo que es más importante mejor tolerada por la población infantil para la detección de la infección por H. pylori, tanto para un primer diagnostico como para el control post-tratamiento después de un resultado positivo. La elección de la prueba depende de factores como el costo, la disponibilidad del equipo, la situación clínica del paciente y los estudios previos realizados. Revisiones extensas han descrito la existencia de pocos estudios que validan la efectividad de los distintos métodos no invasivos para establecer el diagnóstico de la infección en niños. Por tanto, es necesario la búsqueda de métodos no invasivos que sean indoloros, seguros de bajo costo y de fácil uso en la población pediátrica, tanto con fines epidemiológicos como clínicos.

Según otros estudios realizados la serología sería la tecnica más económica para el diagnóstico de la enfermedad pero esta técnica no es útil para evaluar la erradicación de la bacteria después del tratamiento ya que su sensibilidad y especificidad son bajas. En un estudio publicado en la revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología Pediatrica, se encontró una alta frecuencia de Helicobacter en los intervalos de edades comprendidas entre 5 a 7, 8 a 10 y 11 a 16, evidenciandose un aumento progresivo de la infección según la edad.Lo encontrado se asemeja a lo descrito investigaciones posteriores, ocurriendo también en nuestro estudio, lo que demuestra que esta infección podría guardar relación con la edad, el área de residencia y las condiciones sanitarias. Sin embargo estos estudios no son concluyentes, ya que otros autores como Vivas (gastroenterólogo Colombiano) en su estudio demostró que la infección se adquiría entre los 2 y 8 años en un 10% de la población infantil, y Piñero (médico Venezolano) reportó en otro estudio frecuencias elevadas de IgG anti-helicobacter pylori en niños entre 10meses a 10 años.

En estudios posteriores se ha evidenciado que no existe relación entre el sexo y la adquisición de la infección.

Es importante que se sigan estudiando resultados que arrojen más conocimientos sobre el comportamiento de esta bacteria en pediatría para así conseguir nuevas formas de proteger a la población infantil.

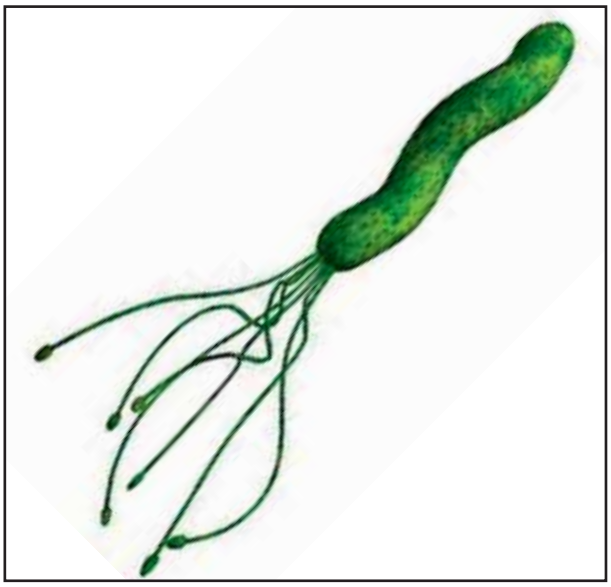


Figura 1: helicobacter pylori,bacteria helicoidal de donde le viene el nombre

Figura 2: el tratamiento efectivo para la infección por helicobacter pylori, es la triada con dos antibioticos y omeprazol o sales de bismuto

Figura 3: recogida de aliento durante la prueba

Figura 4: botes para la recogida de aliento basal y post tras toma de urea c13. Los tubos vienen identificados con código numérico y de barras para preservar la privacidad del niño que se realiza la prueba

Figura 5: sobre de citrato y urea ,esta última se administrará 10min tras la toma de la primera y tras la recolección del la muestra basal.

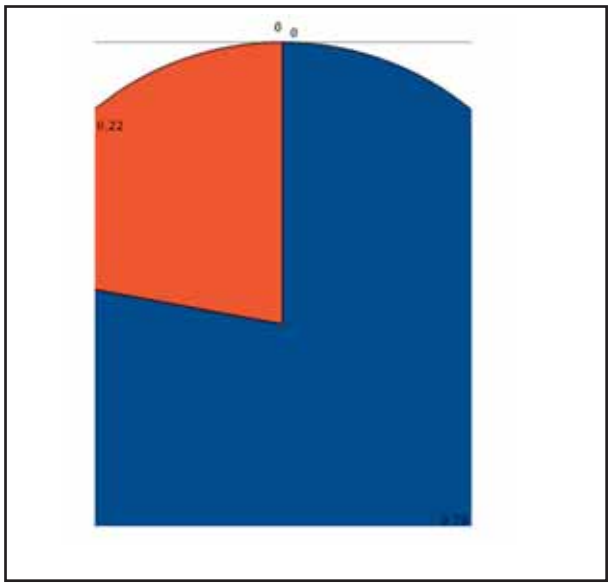


Figura 6. PORCENTAJE DE POSITIVOS EN RELACIÓN CON LAS PRUEBAS REALIZADAS

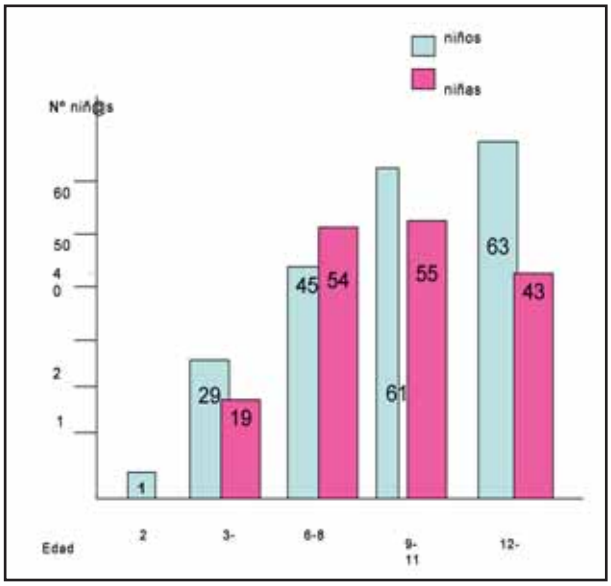


Figura 7. TOTAL DE NIÑ@S A LOS QUE SE HA REALIZADO LA PRUEBA POR EDAD Y SEXO

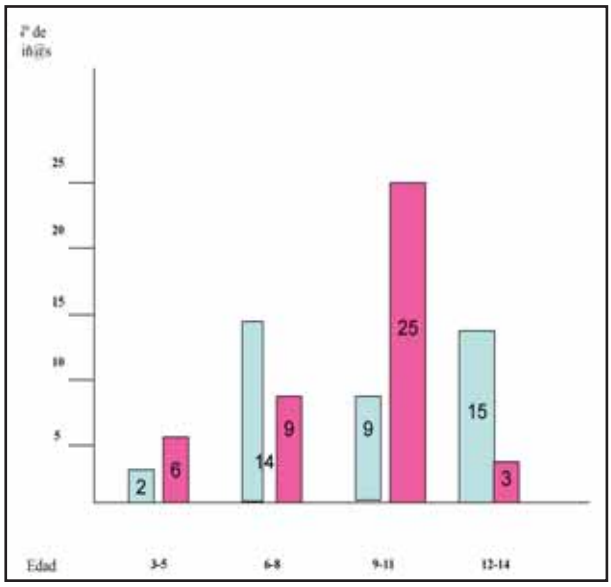


Figura 8. TOTAL POSITIVOS POR EDAD Y SEXO

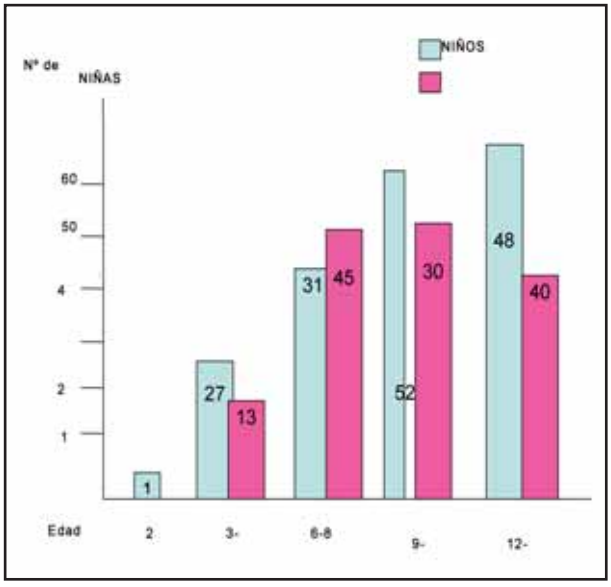


Figura 9. TOTAL NEGATIVOS POR EDAD Y SEXO

BIBLIOGRAFÍA

1. Daugule I, Rowland M. Helicobacter pylori infection in children. Helicobacter 2008. 13 -suppl 1 (41-46)
1. Martinez Gomez M. Urruzuno P. Cirreruelo MI. Test de Aliento con Urea -C13 en el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori en niños. Ann Esp Pediatria 1995. supl (56-57).
3. Cadranel S, Corvaglia L, Bontems Pet als. Detecction of Helicobacter pylori in children whith standardized and simplified 13 C- ure breath test. J Peditr Gastroenterol Nutr 1998 -27:275-80.
4. Hernandez Triana M. Helicobacter pylori la bacteria que más infecta al ser humano. Rev Cubana Aliment Nutr 2001, 15(1):42-54
5. EstudiosSpee LA.Association between Helicobacter pylori and gastrointestinal symptoms in childre. Pediatrics 2010; 125(3): e651-e669.
6. Megraud F, Lehours P. Helicobacter pylori Detection and Antimicrobial Susceptibitity Testing- Clin Microbiol Rev. 2007;20: 280-332.
7. Roblejo Y y Samada M, Cansino J, Alfonso C, Martinez M, Marrero A. Comparación de métodos diagnósticos de la infección por Helicobacter pylori en pacientes con desórdenes gastroduodenadles. Rev CNIC Ciencias Biológicas 2005; 36:191-197.
8. Gómez N, Rojas J y Arévalo C. Importancia de los anticuerpos IgG como indicadores de prevalencia del Helicobacter pylori en poblacion de alto riesgo. GEN. Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología. 1997,51 (3). Pp 215-218
9. The European Helicobacter pylori Study group. Current European Concepts in the manegement of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report. Gut 2007, 41:8-13.

SabadellAtlántico SabadellHerrero SabadellSolbank SabadellGuipuzcoano SabadellCAM

Sabadell
Professional

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales.
Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión PRO.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*.

0 comisiones de administración y mantenimiento.

+ 3% de devolución de tus principales recibos domésticos, hasta un máximo de 20 euros al mes.

+ Gratis la tarjeta de crédito y de débito por titular y autorizado.

+ Más de 2.300 oficinas a tu servicio.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo**.

Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

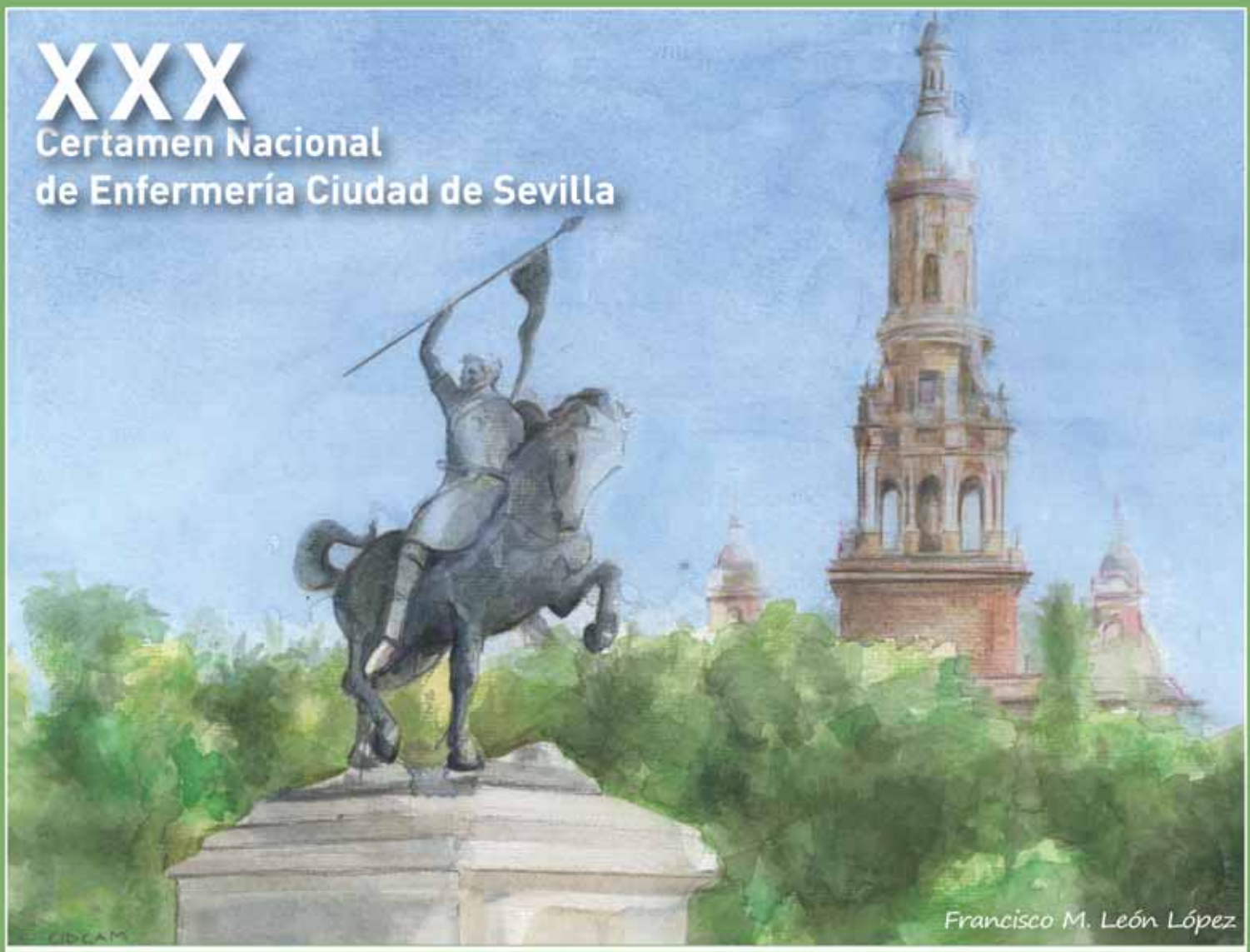
La Cuenta Expansión PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Si tienes entre 18 y 25 años, no es necesario domiciliar ningún ingreso periódico.
*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada.

Captura el código QR y conoce nuestra news 'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

Marzo de 2014
Condiciones revisables en función de la evolución del mercado. Serán de aplicación las que estén en vigor en el banco en el momento de la formalización.

XXX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



PREMIOS

PRIMERO: 3.600 € **SEGUNDO: 1.800 €** **TERCERO: 1.200 €** **Accésit ENFERMERIA JOVEN: 1.000 €**

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

1ª. DENOMINACIÓN: Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2ª. OBJETO: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.
El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros.** Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. en el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".

3ª. DOTACIÓN: La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.

4ª. PRESENTACIÓN: Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.

5ª. CONCURSANTES: Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería que se encuentren colegiados.

6ª. JURADO: Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres vocales del profesorado de la Facultad, actual o de futura creación, de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación continua de Sevilla.
Todos los miembros del jurado serán diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.

7ª. INCIDENCIAS: El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.

8ª. DECISIÓN DEL JURADO: Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.

9ª. DOCUMENTACIÓN: Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4ª de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1er firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.

10ª. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS: Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11ª TITULAR DEL PREMIO: Será titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo, exclusivamente, los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2014. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el secretario del jurado, mediante correo certificado.

El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2014.

150 años avanzando con la profesión

PREMIOS 2013

1º Antonio Barbero Radío (Sevilla)
2º Mª del Mar Pastor Bravo (Murcia)
3º Mª del Carmen Lobo Rodríguez (Madrid)
Accésit Enfermería joven: Marta López Ibáñez (Jaén)

Patrocina
Sabadell