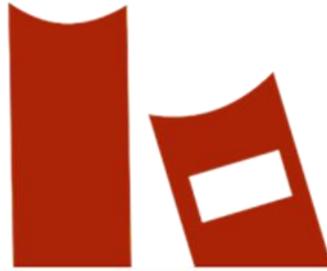


**ACTAS DEL**



**IV CONGRESO INTERNACIONAL  
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



**VOLUMEN III**

**Comps.**

**María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
José Jesús Gázquez Linares  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez  
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional  
en Contextos Clínicos y de la Salud  
Volumen III**

**Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018**

**Comps.**

**María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
José Jesús Gázquez Linares  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez  
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.



# DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

<b>ESTUDIO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>33</b>
PABLO PELLITERO HEVIA, AITOR MANUEL SOLÍS GARCÍA, HECTOR GONZÁLEZ INFIESTO	
<b>DOLOR ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>34</b>
YOLANDA NAVARRO DURO, JORGE CANO ORTEGA, ANA BELÉN LINARES CASTRO	
<b>INTERVENCIÓN SANITARIA EN EL DEBUT DIABÉTICO .....</b>	<b>35</b>
LIDIA TORRES TRIANO, PAULA ORTUÑO MORENO, FRANCISCO JESÚS VEGA RIOS	
<b>DIAGNÓSTICO DE ANISAKIASIS: ZONOSIS PARASITARIA TRANSMITIDA POR VÍA ORAL .....</b>	<b>36</b>
FERNANDO MANUEL CASTRO REGADERA, MARIA PEREZ ANDRES, ANTONIO BÉJAR BARRERA	
<b>EXAMEN GRUPOS SANGUÍNEOS Y REACTIVOS UTILIZADOS .....</b>	<b>37</b>
ANA ROCIO VARELA CUINES, ALEJANDRO MORAL DEL CAMPO	
<b>FISIOPATOLOGÍA DE LA CONDROMALACIA ROTULIANA Y SU PREVENCIÓN ....</b>	<b>38</b>
MARÍA FERNÁNDEZ GÓMEZ, ALBA MARÍA MUÑOZ PEÑALVER, MARIA ISABEL LIZARTE NAVARRO	
<b>TÉCNICA DE PUNCIÓN LUMBAR: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>39</b>
ERNESTO FERNANDEZ IGLESIAS, MARINA DE LA PEÑA PONCE ALVAREZ, MARIA DE SETEFILLA NUÑEZ GUERRERO	
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL PACIENTE CON SOSPECHA DE FIBROSIS QUÍSTICA: TEST DEL SUDOR.....</b>	<b>40</b>
SONIA AMATE BERENGUEL, ÁNGEL GARCÍA CANO, MARTA OÑA ALARCÓN	
<b>DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN EL FALSO RESULTADO DE HEMOGLOBINA POR PUNCIÓN CAPILAR.....</b>	<b>41</b>
SUSANA GÓMEZ COCA, LORENA DELGADO SANCHEZ, SONIA ORTIZ FERNÁNDEZ	
<b>CUIDADOS ENFERMEROS ANTE PACIENTE CON ENFISEMA PULMONAR.....</b>	<b>42</b>
JONATHAN CÓZAR RODRÍGUEZ, SARA AGUILAR GALLARDO, MARINA SÁNCHEZ VARELA	
<b>A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN HIDRÓPICA ..</b>	<b>43</b>

ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, MARIA SOLEDAD FRANCO GARCIA, MARIA VIRGINIA BAÑOS FUENTES, VERONICA GARCIA GARNES, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ROSARIO CORDEIRO ROMERO

**EFICACIA EN LA UTILIZACIÓN DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES WEINSTEIN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.....44**

ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA

**SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL PARA LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE ..45**

LETICIA PORRAS ORTIGOSA, MARIA INFANTES CORRAL, ANA BELÉN PINO REBOLLO

**ENFERMEDAD DE CROHN EN ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO .....46**

EVA GARCÍA JIMÉNEZ, ISABEL MARÍA REVIRIEGO GALÁN, INMACULADA CARRILLO ÁVILA

**EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE INTOXICACIÓN POR BURUNDANGA .....47**

DAVID CASARES CANAS, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA

**EL TÉCNICO DE RADIOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RIZARTROSIS DEL PULGAR.....48**

TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ, ENMA GOMEZ VALOR

**EL SÍNDROME DE SUDECK O SÍNDROME DE Distrofia simpática refleja .49**

EVA RUIZ FERNANDEZ, GEMA GARCIA PRIETO, DAVID CAPARROS FLORIDO

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON OBESIDAD .....50**

ANA MORAL MENA, MARÍA JOSÉ SAMANIEGO MARTÍNEZ, ELISA MARIA TALERO GUTIERREZ

**DIFERENCIACIÓN ENTRE LESIONES DE HUMEDAD Y ÚLCERAS POR PRESIÓN .51**

SUSANA SALAS RODRIGUEZ, ESTEFANIA ARIZA CALVO, INMACULADA MOLINA MARTIN

**COLEDOCOLITIASIS CON REACCIÓN PANCREÁTICA SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....52**

MARIA JOSEFA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA ELENA ESTÉVEZ LORENZO, MARIA CARMEN MARTIN PRIETO

**ACTUACIÓN ANTE GRAN ANEURISMA DE FÍSTULA ARTERIO VENOSA .....53**

SOLEDAD MARÍA GARRIDO RUEDA, JOSE FRANCISCO JIMENEZ MARMOL, MARIA DEL CARMEN MISA GALLERO

<b>ABORDAJE DE UN PACIENTE CON ADENOPATÍAS .....</b>	<b>54</b>
ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA ISABEL GALVEZ CANO, MANUELA CEBRIAN ARROYO	
<b>INFECCIÓN RESPIRATORIA NO CONDENSANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>55</b>
MARIA JOSEFA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARIA CARMEN MARTIN PRIETO, MARÍA ELENA ESTÉVEZ LORENZO	
<b>IMPORTANCIA DE LA FASE PREANALÍTICA EN EL ANÁLISIS DE GASES EN SANGRE EN EL LABORATORIO CLÍNICO: EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA .....</b>	<b>56</b>
EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS, ADRIANA HURTADO MIRANDA	
<b>CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DISNEA AGUDIZADA Y ORTOPNEA EN PACIENTE CRÓNICO .....</b>	<b>57</b>
EVA GARCÍA JIMÉNEZ, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA	
<b>EL FROTIS SANGUÍNEO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS .....</b>	<b>58</b>
ADRIANA HURTADO MIRANDA, EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS	
<b>INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA CAUSADA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA .....</b>	<b>59</b>
INES SPINOLA MIÑAN, INMACULADA MEDINA LOPEZ, LUIS JOSÉ PÉREZ CONTRERAS	
<b>ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA DEL HEMOCULTIVO EN MICROBIOLOGÍA .....</b>	<b>60</b>
LORENA LLERENA GARCIA, ARANZAZU DIEZ BAQUERO	
<b>IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENTREVISTA CLÍNICA DE VALORACIÓN INICIAL EN EL PROCESO ENFERMERO .....</b>	<b>61</b>
MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ, MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ	
<b>ANÁLISIS SOBRE LA SERIE BLANCA DETERMINANTE EN LA LEUCEMIA.....</b>	<b>62</b>
ADRIANA HURTADO MIRANDA, EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS	
<b>AMIGDALITIS INFECCIOSA POR VIRUS EPSTEIN-BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>63</b>
BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA Riestra ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO	
<b>IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ESPUTOS.....</b>	<b>64</b>

<b>MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES, MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ TRIAJE EN ACCIDENTES CON MÚLTIPLES AFECTADOS .....</b>	<b>65</b>
ASUNCION ONTAÑON CAVALLE, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, VANESSA GARCIA PINTUELES	
<b>TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ESPUTOS .....</b>	<b>66</b>
MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES, MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ	
<b>FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA OXIGENOTERAPIA .....</b>	<b>67</b>
MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES	
<b>URGENCIAS: PACIENTE CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO .....</b>	<b>68</b>
SANDRA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO JUAREZ	
<b>PACIENTE ADULTO EN URGENCIAS CON HERPES ZOSTER .....</b>	<b>69</b>
SANDRA MUÑOZ GARCÍA, BENITO MAURO JUAREZ, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS	
<b>DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE DOWN A TRAVÉS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO ..</b>	<b>70</b>
EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, ADRIANA HURTADO MIRANDA, SERGIO MOLINERO SALAS	
<b>ANÁLISIS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL LABORATORIO.....</b>	<b>71</b>
EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, ADRIANA HURTADO MIRANDA, SERGIO MOLINERO SALAS	
<b>ANTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL .....</b>	<b>72</b>
YOLANDA SANCHEZ GARCIA, SANDRA GARCIA FERNANDEZ, MARÍA ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ, CARMEN MARIA HERNANDEZ GARCIA, LIDYA CANOVAS BALASTEGUI, ANA BELEN SANCHEZ RUIZ	
<b>DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA MEDIANTE TEST INMUNOCROMATOGRÁFICO SEMICUANTITATIVO EN SUERO Y PLASMA.....</b>	<b>73</b>
EVA ARAN VICO, MARIA TRINIDAD RUBIO VILLANUEVA	
<b>ASISTENCIA PRIMARIA POR POSIBLE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>74</b>
ELENA GILABERT JIMÉNEZ, MARIA RIVAS MARQUEZ, DOLORES GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	
<b>CUIDADOS ENFERMEROS ANTE PACIENTE CON GASTROENTERITIS AGUDA VIRAL CON DOLOR ABDOMINAL .....</b>	<b>75</b>
EVA GARCÍA JIMÉNEZ, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO	

<b>PACIENTE JOVEN CON ABSCESO PERIAMIGDALINO EN LA AMÍGDALA IZQUIERDA.....</b>	<b>76</b>
RAFAEL ANGUITA SERRANO, MIRIAM TORRENTE DÍAZ, RUBÉN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	
<b>PACIENTE CON LUMBOCIATALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>77</b>
REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ, CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO	
<b>LINFOMA NO HODGKINIANO RELACIONADO CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....</b>	<b>78</b>
PEDRO CHINCHILLA VILLAESCUSA, MARÍA MORIÓN CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARNAO RODRIGUEZ, ALBERTO ZULETA REINA, ELENA SORIANO MORATA, MARIA TERESA CORTES VERDU, FRANCISCA CANDELA AMOROS	
<b>LA ANTIAGREGACIÓN EN LA AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>79</b>
MARIA TERESA CORTES VERDU, MARÍA MORIÓN CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARNAO RODRIGUEZ, ALBERTO ZULETA REINA, ELENA SORIANO MORATA, PEDRO CHINCHILLA VILLAESCUSA, FRANCISCA CANDELA AMOROS	
<b>SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS: DETECCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>80</b>
MARTA DE LA PASCUA AGUILERA, SILVIA DE LA PASCUA AGUILERA, CARMEN DIAZ RIOS	
<b>A PROPÓSITO DE UN CASO DE NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA .....</b>	<b>81</b>
ANGEL LUIS FERNÁNDEZ MORALES, CRISTINA FERNANDEZ RAMIREZ, INÉS LÓPEZ CORRAL	
<b>PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ESTUDIO DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA.....</b>	<b>82</b>
SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO	
<b>CUIDADOS AL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO DE LARGA DURACIÓN .....</b>	<b>83</b>
RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL, JOSEFA MARTINEZ GOMEZ, JUANA LÓPEZ CARRILLO	
<b>ESPIROMETRÍA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>84</b>
FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA, SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES	

<b>EL TÉCNICO DE ANATOMÍA EN LA BIOPSIA LÍQUIDA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN.....</b>	<b>85</b>
SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO	
<b>PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA VALIDACIÓN DE PLATAFORMA INMUNOHISTOQUÍMICA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER DE PULMÓN.....</b>	<b>86</b>
SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO	
<b>OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS A CARGO DEL TÉCNICO SUPERIOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN CORTES PARA DIAGNÓSTICO DE TEJIDOS EN FRESCO: PRESTOCHILL.....</b>	<b>87</b>
SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO	
<b>TÉCNICA DE TINCIÓN: DIFERENCIA DE GRAM EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO.....</b>	<b>88</b>
MARIA JOSE GALÁN GARCÍA, CRISTINA DEL CARMEN MONTAÑO GALLEGO	
<b>TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE MEMBRANA ESOFÁGICA CERVICAL .....</b>	<b>89</b>
ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, ALBERTO BENAVENTE FERNÁNDEZ, SARA PÉREZ MOYANO	
<b>EL DIAGNÓSTICO DE LAS DISTINTAS LESIONES CUTÁNEAS CRÓNICAS .....</b>	<b>90</b>
MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, JOSEFA AGUILERA PEREZ	
<b>PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON SÍNDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE.....</b>	<b>91</b>
NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON, MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO	
<b>BIOMARCADORES DE INFECCIÓN EN URGENCIAS .....</b>	<b>92</b>
CRISTINA GUTIERREZ HERNANDEZ, MARÍA BÁRBARA GÓMEZ PEÑA, ENCARNACIÓN MARÍA APARICIO AYLLÓN	
<b>IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS EN EL LABORATORIO PARA PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS.....</b>	<b>93</b>
CRISTINA DEL CARMEN MONTAÑO GALLEGO, MARIA JOSE GALÁN GARCÍA	
<b>LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES EN EL CÁNCER DE LARINGE CON METÁSTASIS MICRONODULAR PULMONAR.....</b>	<b>94</b>
MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA, MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO	
<b>HEMOGLOBINA CAPILAR: USO DURANTE LA CIRUGÍA .....</b>	<b>95</b>

RAFAEL TOMAS RUZ PIZARRO, CARLOS RECUERO FERNANDEZ, LARA MAZON  
GODINO, PEDRO CAMBERO MUÑOZ, JULIA CARRETERO VELASCO, DANIEL  
HERNANDEZ MEGIAS

**A PROPÓSITO DE UN CASO: LINFOMA.....96**

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA  
ALMENDROS CINTRANO

**REINSERCIÓN DEL EXTENSOR MEDIANTE ENDO-BUTTON: A PROPÓSITO DE UN  
CASO.....97**

ANA ISABEL AGUADO RODRIGUEZ, MARIA DOLORES LOPEZ DIAZ, ADELAIDA  
REYES LEIVA

**ESTUDIO DE UN CASO DE FIBRILACIÓN AURICULAR.....98**

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA  
ALMENDROS CINTRANO

**PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE QUEMADO .....99**

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA  
ALMENDROS CINTRANO

**PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA .....100**

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA  
ALMENDROS CINTRANO

**PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA  
PARANOIDE DURANTE SU PASO POR HOSPITAL DE DÍA.....101**

VANESSA MUÑOZ REVERT, SONIA DIAZ CASTILLO, DELIA CORONA LÓPEZ

**SEPSIS EN PACIENTE GERIÁTRICA: COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS ...102**

BEATRIZ GARCÍA CASTILLO, MIREYA ALVAREZ AVILES

**ANÁLISIS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS LESIONES MAMARIAS .....103**

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA, ROCIO  
GARCÍA SERRANO

**LA IMPORTANCIA DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE REACCIONES  
ANAFILÁCTICAS EN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PREIMPLANTATORIO.....104**

ISABEL MARÍA GARCÍA FRANCO, CRISTINA ARIAS RIVERA, MARIA DE LA  
SOLEDAD LOZANO GOMEZ

**HALLAZGO DE TROMBOFLEBITIS MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER.....105**

MIREYA ALVAREZ AVILES, BEATRIZ GARCÍA CASTILLO

**PACIENTE CON MALARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....106**

ALVARO RUBIO MORILLA, MIRIAM JIMÉNEZ GARCÍA, IRENE MATADOR SANTOS

**ANÁLISIS SOBRE LOS ARTEFACTOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA .107**

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA, ROCIO GARCÍA SERRANO	
<b>ANÁLISIS SOBRE LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA .....</b>	<b>108</b>
LIDIA CANALEJO GONZALEZ, ROCIO GARCÍA SERRANO, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA	
<b>USO DE RADIOLOGÍA EN EL QUIRÓFANO HOSPITALARIO .....</b>	<b>109</b>
LIDIA CANALEJO GONZALEZ, ROCIO GARCÍA SERRANO, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA	
<b>TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO DE UNA FIBROCOLONOSCOPIA .....</b>	<b>110</b>
YESICA MUELLE ZURITA, ANGELES SALAR HERRERO, ANA BELEN ESCOBAR CASAS	
<b>LA INTOXICACIÓN CON SALES DE LITIO .....</b>	<b>111</b>
TATIANA GARCIA SANCHEZ, MARIA JOSE MARTIN JURADO, MARIA TERESA MOYA MORENO	
<b>PACIENTE ADULTO CON FIEBRE: LESIONES CUTÁNEAS PAPULOVESICULOSAS .....</b>	<b>112</b>
VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO	
<b>HEMOPTISIS DE URGENCIA EN PACIENTE ADULTO .....</b>	<b>113</b>
VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO	
<b>PARTO PREMATURO DE 32 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>114</b>
ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA CARDENAS JAEN, MARGARITA OSTOS ALARCON	
<b>BLOQUEO SUPRACLAVICULAR DE PLEXO BRAQUIAL EN PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE .....</b>	<b>115</b>
LORENA BONMATÍ GARCÍA, JUANA GARCIA NAVARRO, ANA ISABEL CALERO YAÑEZ, GEMA RUBIO POSTIGO	
<b>ANÁLISIS SOBRE EL TIPO DE ACCESO VASCULAR EN LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS .....</b>	<b>116</b>
MARTA MORENO ANGULO, ANA AURORA PAÚL SERRANO, MARIA TORRES LÓPEZ	
<b>INTERPRETACIÓN DE PERFIL CARDÍACO EN ANALÍTICA SANGUÍNEA PARA ENFERMERÍA.....</b>	<b>117</b>
VIRGINIA MARIA TORREGROSA CAÑIZARES, NOELIA MARIA CASILLAS JURADO, PABLO CASILLAS JURADO	

<b>RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPENDENCIA Y CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....</b>	<b>118</b>
ANA MARTINEZ ROMAN, MARTA MARTINEZ ROMAN, ROCÍO COMINO NIETO	
<b>EL RECUENTO MANUAL DE LEUCOCITOS EN EL LABORATORIO .....</b>	<b>119</b>
ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN, IVAN SALVADOR CORDERO JARAMILLO, JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE	
<b>TÉCNICAS DE ENFERMERÍA PARA TOMAR LA TENSIÓN ARTERIAL .....</b>	<b>120</b>
ESTHER LÓPEZ MARTÍNEZ, MARÍA ANGELES RECHE GARCÍA, PILAR SUÁREZ LÓPEZ	
<b>NEOPLASIA EVOLUCIÓN INCIERTA DE PRÓSTATA:A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO .....</b>	<b>121</b>
MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN, JOSEFA RAMOS MESA, CARMEN MEDINA JIMENEZ	
<b>PACIENTE CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO POR INHALACIÓN DE HUMO .....</b>	<b>122</b>
MARTA LOPEZ GALLEGO, ESTHER GALLEGO ROMAN, BELEN PAREJA JIMÉNEZ	
<b>EL LABORATORIO CLÍNICO Y EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS .....</b>	<b>123</b>
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ LIÑAN, EUGENIA LOPEZ MARTINEZ, MARÍA CLEOFÉ SÁNCHEZ RUBIO	
<b>LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERPROLACTINEMIA EN LOS PACIENTES.....</b>	<b>124</b>
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ LIÑAN, EUGENIA LOPEZ MARTINEZ, MARÍA CLEOFÉ SÁNCHEZ RUBIO	
<b>HALLAZGO DE MENINGIOMA EN ESTUDIO DE MIGRAÑA.....</b>	<b>125</b>
ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO	
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA HEPÁTICA.....</b>	<b>126</b>
JULIA MARÍA RUBIO BELTRÁN, SARA MUÑOZ AGUILERA, ANA VIDAL SALCEDO	
<b>CUANTIFICACIÓN DE PROTEÍNAS EN SUERO MEDIANTE INMUNO-DIFUSIÓN RADIAL SIMPLE.....</b>	<b>127</b>
MARÍA BELÉN DE GREGORIO IARIA, ANA GARCÍA DUQUE, ADRIÁN JIMÉNEZ SALIDO	
<b>ABORDAJE DE UN PACIENTE CON MOLESTIAS URINARIAS .....</b>	<b>128</b>
ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO	
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LABORATORIO EN CASO DE PIELONEFRITIS.....</b>	<b>129</b>

BLANCA DÍAZ SARABIA, LAURA RUIZ GANFORNINA, SANDRA RAMIREZ BERNAL <b>ESTUDIO SOBRE EL ZINC EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>130</b>
ANA BELEN RIOS CALDERAT, AGUEDA MORENO LAUP, ROSA MARÍA JIMÉNEZ CORONADO	
<b>AMIGDALITIS AGUDA A PARTIR DE UN CASO .....</b>	<b>131</b>
CLAUDIA CALDUCH VARGAS, BOUCHRA CHARKI Z'MAT, ROCIO GARCÍA DELGADO, MARIA JOSE MARTINEZ MUÑOZ, ZORAIDA NAVARRO LOPEZ, JOSE ALFONSO PERDIGUERO GALVEZ, VANESA RODRIGUEZ PEREZ, LAIA SELMA VILLAR, JESICA DEL PILAR TOLEDO BEJARANO	
<b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MODERADO CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>132</b>
ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ	
<b>ENFERMEDAD ABDOMINAL INFILTRATIVA TIPO GRANULOMATOSA: TUBERCULOSIS.....</b>	<b>133</b>
ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ	
<b>MONONUCLEOSIS INFECCIOSA POR EPSTEIN-BARR: CONFIRMACIÓN EN EL LABORATORIO .....</b>	<b>134</b>
MARÍA GRACIA MUELA GONZÁLEZ, MARTA MILLAN GARCIA, ARANZAZU DIEZ BAQUERO, LORENA LLERENA GARCIA	
<b>PACIENTE PEDIÁTRICO CON BACTERIEMIA PRODUCIDA POR EL MENINGOCOCO B .....</b>	<b>135</b>
MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA	
<b>CASO DE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .....</b>	<b>136</b>
ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN, MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ	
<b>DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL CROHN .....</b>	<b>137</b>
CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, PILAR ALCEDO FERNANDEZ	
<b>ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PARKINSON: SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO .....</b>	<b>138</b>
EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS	
<b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA .....</b>	<b>139</b>

CRISTINA LOPEZ MELERO, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN

**PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....140**

MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ, ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN

**LA EPILEPSIA COMO ENFERMEDAD NEUROLÓGICA: SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO .....141**

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

**ABORDAJE DEL RAQUITISMO EN EDADES TEMPRANAS.....142**

PEDRO JOSE MEDINA IRUELA, CRISTINA CALDERER SUÁREZ, CRISTINA MACÍAS SÁNCHEZ, MARÍA BALLESTEROS BEAS

**PROCEDIMIENTO PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LA GRIPE A.....143**

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ

**ABORDAJE DE PÉRDIDA DE CONSCIENCIA: CASO PRÁCTICO .....144**

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO

**EMBOLIA PULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME NEFRÓTICO .....145**

ELENA MARIA MONTIEL MESA, ANDREA AGUILAR ORTEGA, MARTA YAÑEZ PADIAL

**ATENCIÓN ANTE UN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA.....146**

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, JULIA ALVAREZ LERGA, ÁNGEL LEGAZA PALMA

**SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST .....147**

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ÁNGEL LEGAZA PALMA, JULIA ALVAREZ LERGA

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON PARADA RESPIRATORIA .....148**

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ÁNGEL LEGAZA PALMA, JULIA ALVAREZ LERGA

**ANÁLISIS SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS DIFERENTES COMPONENTES SANGUÍNEOS .....149**

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO TRAS UNA CITALGIA.....150**

MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES,  
ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA

<b>FRACCIONAMIENTO DE LA SANGRE EN EL CENTRO REGIONAL TRANSFUSIONES .....</b>	<b>151</b>
MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ	
<b>LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>152</b>
PEDRO MILLAN BARRERA, MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ	
<b>ANÁLISIS SOBRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....</b>	<b>153</b>
LORENA MARTINEZ APORTA, BEATRIZ PEREZ ALVAREZ, ALVARO MARTINEZ MARTINEZ	
<b>REFLUJO VESICoureTERAL EN NIÑOS: RECONOCIMIENTO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>	<b>154</b>
ISABEL CRESPO ACOSTA, ANA ROSA FERNÁNDEZ LIMÓN, RAQUEL PEREZ FABREGA	
<b>MUJER JOVEN DIAGNOSTICADA CON INFECCIÓN URINARIA .....</b>	<b>155</b>
MARIA ESTEFANIA GARCÍA RUIZ, CARMEN DELGADO LOZANO, MANUEL JIMENEZ GARRIDO	
<b>CONTROL Y VIGILANCIA DEL PACIENTE TRAS TORACOCENTESIS .....</b>	<b>156</b>
ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES	
<b>PACIENTE CON PIELONEFRITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>157</b>
MARIA DOLORES NIETO NIETO, MIREIA LARROSA DOMÍNGUEZ, ANNA ACOSTA BEJARANO, RUTH TAPIA LOPEZ, IRENE MAR MOMPEN, VIRGINIA VANESA ROMERO MARTÍNEZ	
<b>NEUMONÍA BASAL DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>158</b>
MARIA DOLORES NIETO NIETO, MIREIA LARROSA DOMÍNGUEZ, ANNA ACOSTA BEJARANO, RUTH TAPIA LOPEZ, IRENE MAR MOMPEN, VIRGINIA VANESA ROMERO MARTÍNEZ	
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE NEFROLÓGICO: PLAN DE CUIDADOS .....</b>	<b>159</b>
CELIA CARMONA OCETE, RUBÉN CARMONA OCETE, MARÍA TERESA CASTRO ANGUITA	

<b>INMUNOELECTROFORESIS EN COHETE O ELECTROINMUNODIFUSIÓN UNIDIMENSIONAL ÚNICA.....</b>	<b>160</b>
MARÍA BELÉN DE GREGORIO IARIA, ANA GARCÍA DUQUE, ADRIÁN JIMÉNEZ SALIDO	
<b>TIPO DE BACTERIA: HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTE ADULTA.....</b>	<b>161</b>
MARIA ESTEFANIA GARCÍA RUIZ, CARMEN DELGADO LOZANO, MANUEL JIMENEZ GARRIDO	
<b>ESTUDIO DE LA FORMACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS ANTICUERPOS .....</b>	<b>162</b>
MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ	
<b>ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COLANGIO PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA.....</b>	<b>163</b>
CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ DE LA CASA, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, JENNIFER CREVIER ALARCON, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, MARÍA GÓMEZ GALÁN, MARIA DEL CAMINO ESPADA RIVERA, BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ	
<b>CASO CLÍNICO: ENTERITIS POR CAMPYLOBACTER JEJUNI .....</b>	<b>164</b>
VERONICA MONTIEL MESA, LAURA GÁMIZ PÉREZ, PATRICIA FERNÁNDEZ ALONSO	
<b>ÚLCERAS POR PRESIÓN AGRAVADAS EN PACIENTES CON DIABETES .....</b>	<b>165</b>
CANDIDA GARCIA FERNANDEZ, ALEJANDRA QUIÑONES ALVAREZ, ALICIA DELGADO GONZÁLEZ	
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL PACIENTE CON PIELONEFRITIS .....</b>	<b>166</b>
MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA, YASMINA GALLARDO FERNÁNDEZ, ANA BELEN GAMEZ CABRERA	
<b>DETERMINACIÓN DEL LLENADO DE LOS TUBOS EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA.....</b>	<b>167</b>
MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN, EVA MARIA ESCOBAR MOLINA	
<b>LA ATENCIÓN TEMPRANA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ASMÁTICO .....</b>	<b>168</b>
EMILIO JOSÉ SAMANIEGO MUÑOZ, ELENA MARIA JIMÉNEZ PÉREZ, CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ	
<b>ENFERMERÍA: DETECCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS.....</b>	<b>169</b>
EMILIO JOSÉ SAMANIEGO MUÑOZ, ELENA MARIA JIMÉNEZ PÉREZ, CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ	
<b>L'ÚS DE LA CÀPSULA ENDOSCÒPICA COM A MÈTODE DIAGNÒSTIC .....</b>	<b>170</b>

ESTHER BARRUFET ALCANTARA, LAIA BORDES DOMÈNECH, EVA GALÁN  
ZURITA, BLANCA NAVARRO CABASES, MERCE PEIRAU GILART, MONTSERRAT  
SAS JOVE

**CURES D'INFERMERIA EN LA COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETRÒGRADA  
ENDOSCÒPICA .....171**

ESTHER BARRUFET ALCANTARA, LAIA BORDES DOMÈNECH, EVA GALÁN  
ZURITA, BLANCA NAVARRO CABASES, MERCE PEIRAU GILART, MONTSERRAT  
SAS JOVE

**ANÁLISIS SOBRE LA TÉCNICA DE TINCIÓN DE ZIEHL-NEELSEN.....172**

JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE, ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN, IVAN  
SALVADOR CORDERO JARAMILLO

**PERCEPCIÓN DEL DOLOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA CISTOSCOPIA  
.....173**

ISABEL MARIA SANCHEZ BENITEZ, ESTHER FUENTES PARRA, ANA MARIA  
SANCHEZ ALONSO

**CONTROL TELEFÓNICO DE PACIENTE INTERVENIDO POR MENISCO .....174**

ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL  
TORRES

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE PIE DIABÉTICO  
.....175**

CELIA MARIA CORDOBA MORALES, MARÍA RUIZ ZAMBRANA, MARIA PIEDAD  
GARCIA RUIZ

**SÍNDROME DE CREST: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....176**

LUIS QUERO REBOUL, RAQUEL MARÍA RODRÍGUEZ PIÑEYRO, ADELA SÁNCHEZ  
CARRIÓN

**VALORES NORMALES DE LA SUBUNIDAD DE ÁCIDO LÁBIL EN ADULTOS .....177**

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, YOLANDA DURO OLIVAS, MARIA JOSE RUIZ  
PEREZ

**LAS FUNCIONES DEL LABORATORIO EN EL PROTOCOLO DE RIESGO  
INFECCIOSO DEL RECIÉN NACIDO .....178**

ROCIO LAUREANO DOMINGUEZ, MARIA JOSE CARRILLO TORNERO, MARIA  
ARÁNZAZU JIMÉNEZ MORCILLO

**COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE.....179**

JONATAN VILCHEZ GARCIA, INMACULADA MALUMBRES JUAREZ, PILAR LOPEZ  
RODRIGUEZ

**IMPORTANCIA DEL FACTOR RHESUS EN EL ÁMBITO SANITARIO .....180**

ARANZAZU DIEZ BAQUERO, LORENA LLERENA GARCIA

**ATENCIÓN AL PACIENTE HIPOGLUCÉMICO POR EQUIPO DE CUIDADOS  
AVANZADOS.....181**

ISABEL CORDOBA LOPEZ, JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER  
PÉREZ ROMERA

**COLESTEROLISIS MÚLTIPLE COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL  
RECIDIVANTE .....182**

CARMEN MARIA JIMÉNEZ HERRERA, CARMEN MARIA JIMENEZ FELICES, ANGEL  
HURTADO DE MENDOZA MEDINA

**ESTUDIO DE GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA EN ORINA:  
DETERMINACIÓN CUALITATIVA .....183**

AGUEDA MORENO LAUP, ROSA MARÍA JIMÉNEZ CORONADO, ANA BELEN RIOS  
CALDERAT

**ESTABILIDAD DEL ARN VIRAL EN MUESTRAS CLÍNICAS PARA EL  
DIAGNÓSTICO VIRAL .....184**

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, YOLANDA DURO OLIVAS, MARIA JOSE RUIZ  
PEREZ

**DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS  
ARTICULAR DE RODILLA.....185**

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, MARIA JOSE RUIZ PEREZ, YOLANDA DURO  
OLIVAS

**DESENCADENAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA: ECCEMA .....186**

NOELIA BECERRA GOMEZ, SILVIA GUTIÉRREZ CARBALLO, LORENA CONDE  
RODRÍGUEZ

**RESULTADOS DE HAPTOGLOBINA EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE 2017  
.....187**

INMACULADA JUNCO LARIA

**EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA  
VERSUS NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO .....188**

MARIA VIRIDIANA BREA LOPEZ, BARBARA BLANCO CARO, CRISTINA DURAN  
ALBA

**EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA: VALORACIÓN DEL PACIENTE CON  
ICTUS.....189**

ISABEL CORDOBA LOPEZ, JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER  
PÉREZ ROMERA

**LIPOMA FRENTE SARCOMA DE CODO DERECHO .....190**

MARIA VIRIDIANA BREA LOPEZ, BARBARA BLANCO CARO, CRISTINA DURAN ALBA	
<b>PACIENTE CON HERIDA INFECTADA POR PARÁSITO: MIASIS.....</b>	<b>191</b>
BELÉN GRANADOS LÓPEZ, JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ	
<b>ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PREVIA A LA COLONOSCOPIA .....</b>	<b>192</b>
ANA MÁRMOL MEZQUITA, MARTA ALBA SAYAGO, ANA MARIA ARANDA GARCIA	
<b>OSTEOSARCOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>193</b>
LAURA PORRAS BRAOJOS, ESTHER ORTIZ MORENO, GEMMA GONZALEZ CAZALILLA	
<b>EL ANÁLISIS Y LA TOMA DE MUESTRAS DE VÓMITOS.....</b>	<b>194</b>
MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO	
<b>DESCRIPCIÓN DEL ALELO HLA-DQB1 02:02:01:02 EN UN PACIENTE.....</b>	<b>195</b>
ANA ISABEL ALGAR ROMERO, MARIA JOSE RUIZ PEREZ, YOLANDA DURO OLIVAS	
<b>LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EL LABORATORIO .....</b>	<b>196</b>
IVAN SALVADOR CORDERO JARAMILLO, JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE, ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN	
<b>COMPARACIÓN DE TÉCNICAS SEROLÓGICAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS IMPORTADA EN ESPAÑA .....</b>	<b>197</b>
CRISTINA GUTIERREZ HERNANDEZ, MARÍA BÁRBARA GÓMEZ PEÑA, ENCARNACIÓN MARÍA APARICIO AYLLÓN	
<b>LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CRAVING EN LA HOSPITALIZACION.....</b>	<b>198</b>
EVA MARIA ZAMORANO PIZARRO, MARÍA SUSANA CARRANZA JIMENEZ, MARIA HERRERA MARTINEZ	
<b>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PATOLOGÍA DEL HOMBRO .....</b>	<b>199</b>
MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO	
<b>LEISHMANIOSIS HUMANAS: LEISHMANIOSIS AUTÓCTONA POR LEISHMANIA INFANTUM.....</b>	<b>200</b>
MARTA MILLAN GARCIA, MARÍA GRACIA MUELA GONZÁLEZ	
<b>EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA ÚLCERA VASCULAR .....</b>	<b>201</b>

JEANETTE PRIETO MOLINA, MANUELA PIZARRO CASTELLANO, ANA MARIA GARCIA CRESPO

**RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO: EL ESTRÉS.....202**

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ

**MIELOMA MÚLTIPLE: TÉCNICAS EN LA LOCALIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO .....203**

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**TÉCNICAS DE LOCALIZACIÓN DE TUMORES: LA LEUCEMIA .....204**

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**DIAGNÓSTICO, SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO .....205**

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ

**ICTUS: ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS .....206**

NATIVIDAD TERESA DIAZ MORENO, MARÍA DEL VALLE MONTILLA PALMA, ISABEL BERZOSA SOLER

**EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN ....207**

ANABEL PADILLA NIEVES, MARIA DE LOS ANGELES DEL PINO NIETO, MARIA ANGELES MARTINEZ GOMEZ

**ESTUDIO SOBRE LAS TROPONINAS POSITIVAS EN UN ÁREA SANITARIA .....208**

SHEILA DIEGO GONZALEZ, LARA VERDEJO RODRIGUEZ, CAROLINA CARNEIRO MARTINEZ, CRISTINA GALLO GONZÁLEZ, MÓNICA PÉREZ FERNANDEZ

**NECESIDAD DE VALORACIÓN ENFERMERA ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE CRÍTICO .....209**

NEREA MARQUEZ DELGADO, CRISTINA SANTIAGO JAÉN, BEATRIZ RUBIO RODRIGUEZ

**DIAGNÓSTICO DE CRIOMIOGLOBULINEMIA POR VIRUS DE HEPATITIS C .....210**

LAURA ASENSIO BORREGO, MARIA LUISA JORDANO ALMOGUERA, ROCÍO RODRÍGUEZ LÓPEZ

**ESTUDIO DE URGENCIAS EN UNA PACIENTE CON HIPERCALCEMIA .....211**

JUAN HUESO MARTINEZ, SILVIA AGUILAR ZAYAS, BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

**PACIENTE CON FIBROMIALGIA Y DOLOR ABDOMINAL .....212**

SONIA FERNANDEZ ORTEGA, ELISA AMOR MAZÓN OUVIÑA, MARIA JESUS  
RODRIGUEZ LOPEZ

**A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPOTIROIDISMO.....213**

ALBERTO RAMOS GONZÁLEZ, ISIDORO RAMIREZ CABELLO, FRANCISCA  
MORENO MARTINEZ

**LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....214**

JAVIER SORIANO LOSADA, MERCEDES EUGENIA TORRES CORNELLO, DOLORES  
INFANTE GARCIA

**CASO DE CRISIS COMICIAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....215**

MERITXELL JUANOS LANUZA, LAURA PAREJA DE LA TORRE, LAIA RIBELLES  
MORENO, CONSTANTINA BARILA LOMPE, NATALIA VALL FAURA, OLGA ORENES  
SOLANO

**RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL 216**

NATALIA RODRIGUEZ GIJON, MARTA ZARCO MALDONADO, LIDIA ISABEL  
JIMENEZ ENRIQUEZ

**PACIENTE CON ANEMIA RELACIONADA CON LA DIETA .....217**

VIRGINIA BERODAS CUEVA, PATRICIA RODRIGUEZ FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ  
BLANCO, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ

**SÍNDROME DISMÓRFICO CON HÁBITO MARFANOIDE: A PROPÓSITO DE UN  
CASO.....218**

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ  
GÓMEZ

**SÍNDROME DISFÓRFICO Y RETRASO DEL HABLA: MICRODELECCIÓN EN 9Q34.3  
.....219**

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ  
GÓMEZ

**LA ATAXIA Y EL TRASTORNO ESQUIZOIDE EN LA PACIENTE.....220**

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ  
GÓMEZ

**ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTE HOSPITALIZADO CON  
EPIDIDIMITIS.....221**

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ, ANTONIA GEMA ARIZA MARÍN, CLARA  
GARZÓN BOCH

**DEFICIENCIA NUTRICIONAL IATRÓGENICA EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL  
PARA ENDOSCOPIAS DE VÍAS BAJAS .....222**

ANA MARIA TORRES ROMERO, RAQUEL GODOY DÍAZ, MARTA ORTEGA  
VÁZQUEZ

<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>223</b>
SANDRA CORTES FERNANDEZ, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTY HUGUET, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA	
<b>COLESTEROLURIA ASOCIADA A LA AUTOADMINISTRACIÓN DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES .....</b>	<b>224</b>
ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA	
<b>INTENTO DE AUTÓLISIS POR INTOXICACIÓN AGUDA CON PARACETAMOL ....</b>	<b>225</b>
ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA	
<b>EXTENSIÓN DE FROTIS SANGUÍNEO CORRECTAMENTE REALIZADO .....</b>	<b>226</b>
PILAR ESPAÑA CALERO, ANTONIO RUIZ MONTAÑEZ, ANTONIA PEDRERA MARTINEZ	
<b>PRICK TEST O PRUEBA DE ALERGIA .....</b>	<b>227</b>
MARIA DOLORES LOPEZ DIAZ, ANA ISABEL AGUADO RODRIGUEZ, ADELAIDA REYES LEIVA	
<b>EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA Y TRATAMIENTO EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE .....</b>	<b>228</b>
ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA	
<b>PACIENTE CON ENFERMEDAD DE FABRY, UN HALLAZGO INTERESANTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO .....</b>	<b>229</b>
ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA	
<b>PACIENTE DIAGNOSTICADO DE MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>	<b>230</b>
BELÉN GRANADOS LÓPEZ, JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ	
<b>LINFOCITOS INTRAEPITELIALES POR CITOMETRIA DE FLUJO EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA .....</b>	<b>231</b>
CRISTINA ELVIRA ROYO	
<b>LA IMPORTANCIA DEL TEST DE ALLEN EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL .....</b>	<b>232</b>
MARÍA ÁNGELES JIMÉNEZ MARTÍNEZ, SONIA VALERO SÁNCHEZ, ANA BELEN LOPEZ MARTINEZ	
<b>ABORDAJE DEL DECLIVE DEL ÓRGANO HEPÁTICO .....</b>	<b>233</b>

GREGORIA CASTEJON CARRION, MARIA ANGELES CÁNOVAS SAURA <b>DIAGNÓSTICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE UN SARCOMA FUSOCELULAR.....</b>	<b>234</b>
ALEX ALBALADEJO GARCIA, GEMA LASSO SIERRA, SANDRA PINEDA MONTERDE, MARCO BIANCHI <b>PRUEBA CUTÁNEA DE TUBERCULINA O MANTOUX.....</b>	<b>235</b>
MARIA ISABEL FERNANDEZ CORTES, MARIA ISABEL ZAMORA SERRANO, SONIA SERRANO JURADO <b>REALIZACIÓN DEL EL TEST DE O'SULLIVAN O PRUEBA DE SOBRECARGA ORAL DE LA GLUCOSA .....</b>	<b>236</b>
BERNARDO TORRES MACÍAS, JOSE MIGUEL GARCIA GUZMAN, MARIA DEL CARMEN CUERVA GUTIÉRREZ <b>ORDEN CORRECTO DE EXTRACCIÓN DE TUBOS SANGUÍNEOS.....</b>	<b>237</b>
SARA DADKHAH, PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU <b>DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE ALFA 1-ANTITRIPSINA MEDIANTE EL ESTUDIO DEL FENOTIPO.....</b>	<b>238</b>
NURIA OLBRIGHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ <b>DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA MALARIA O PALUDISMO .....</b>	<b>239</b>
AURORA URBANO FELICES, MARIA ANTONIA CHAMORRO AREVALO, PURIFICACION BARRAGAN MORENO <b>DECAIMIENTO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON GLUCEMIA MAL CONTROLADA .....</b>	<b>240</b>
PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO, ARACELI ANTON SANTORUM <b>TUMORACIÓN EN CAVIDAD ORAL EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO</b>	<b>241</b>
HELENA BERMEJO RUIZ, NOELIA MUÑOZ VADILLO, ISABEL PEREZ LOZA, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO <b>CUIDADOS HOSPITALARIOS EN POST BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA .....</b>	<b>242</b>
JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER PÉREZ ROMERA, ISABEL CORDOBA LOPEZ <b>FENÓMENO DE RAYNAUD: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>243</b>
HELENA BERMEJO RUIZ, ISABEL PEREZ LOZA, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, NOELIA MUÑOZ VADILLO <b>SARCOIDOSIS CRÓNICA: ESTUDIO Y VALORACIÓN DIAGNÓSTICA .....</b>	<b>244</b>

CRISTINA FORNELL CHUMILLA, MARIA YOLANDA BARO BARRIOS, JUAN JOSE TORRES TORRES

**LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA .....245**

MARIA DEL CARMEN ROSA GARCIA, SERGIO FRANCISCO RODRÍGUEZ PEREZ, JESÚS MARTÍN HUMANES

**RECONOCIMIENTO PRECOZ Y TRATAMIENTO EN PACIENTE CON INDICADORES DE SEPSIS EN EL REINO UNIDO.....246**

TANIA AGULLO OLIVER, LUIS LOPEZ PEREZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA .....247**

ENCARNACION MARTINEZ AMOROS, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE ONCOLÓGICO.....248**

ARACELI ANTON SANTORUM, PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO

**ANÁLISIS DE ORINA EN EL LABORATORIO: UROCULTIVO.....249**

MARIA DEL ROCIO COTÁN MACÍAS, PATRICIA RAMOS ALCAIDE, AMANDA ORTEGA PINA

**ECOENDOSCOPIA-PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS NEOPLASIAS PANCREÁTICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO .....250**

SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, CARMEN RANEA TORREGROSA

**ESTUDIO ACERCA DE CÓMO SE OCUPA EL LABORATORIO DE URGENCIAS .....251**

ARANCHA MEDINA DE CARA, ANA ISABEL CONTRERAS ÚNICA, ADRIAN TORRES RODRIGUEZ

**PREPARACIÓN AL PACIENTE PREVIA A ENDOSCOPIA A CARGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA .....252**

ENCARNACION MARTINEZ AMOROS, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ

**LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO.....253**

DANIEL BÁRCENAS VILLEGAS, MARIA NAZARET MARTÍN MORO

**ACTUACIÓN ANTE PACIENTE PLURIPATOLÓGICA CON DIAGNÓSTICO DE GRIPE A: A PROPÓSITO DE UN CASO .....254**

MARIA ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, EVA MARIA SERRANO ARAGON, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, JOSEFA ORTIN CORTÉS, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA SÁNCHEZ, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO

<b>PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN UTILIZANDO ESCALAS DE VALORACIÓN .....</b>	<b>255</b>
DAVID LOBILLO LÓPEZ, ROCIO GALVEZ LUCENA, MÓNICA FERNANDEZ MARTINEZ	
<b>LITIASIS VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>256</b>
INMACULADA LÓPEZ JIMÉNEZ, RAQUEL ANDREU LLOPART, SOLEDAD LÓPEZ CONTRERAS	
<b>PLAN DE CUIDADOS EN EL PROCESO ANESTESICO SEGÚN METODOLOGIA NANDA-NIC-NOC.....</b>	<b>257</b>
ROSA MARIA CORONIL HERNÁNDEZ, ARIANA VELASCO FERNANDEZ, MANUELA FERNANDEZ RODRIGUEZ, PATRICIA GONZALEZ MODROÑO, SERGIO OBESO CASTRO	
<b>ÚLCERA POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>258</b>
ISABEL RIOS PADILLA, JUANA MARÍA LÓPEZ REYES, JOSEFA POZO GONZALEZ	
<b>ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE CON NEUMONÍA .....</b>	<b>259</b>
JOSE RAUL GONZALEZ LORENTE, JAVIER ALEX MUÑOZ, MARIA LUZ LÓPEZ RAMÓN, ESTHER LIRIA GARCÍA	
<b>ALTAS CAPACIDADES Y DIFICULTADES DE APRENDIZAJE .....</b>	<b>260</b>
ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT	
<b>IMPORTANCIA DEL UROBILINÓGENO EN LOS EXÁMENES DE ORINA.....</b>	<b>261</b>
NURIA OLBRIGHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ	
<b>MAMOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE UN CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>262</b>
EMILIO LARA TEJERO, MARIO RODRÍGUEZ AZUAGA, NOELIA BERNAL GUARCHS	
<b>RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL HOMBRO DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>263</b>
MARIO RODRÍGUEZ AZUAGA, EMILIO LARA TEJERO, NOELIA BERNAL GUARCHS	
<b>APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL VÉRTIGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....</b>	<b>264</b>
CAROLINA VEGA CANO, DIEGO BENITO GALLEGO, SANDRA NATALIA ALVAREZ GETINO, ASUNCIÓN ARIAS RODRÍGUEZ, MARÍA RUTH ALONSO PINTADO	
<b>DETERMINACIÓN DE TRIGLICÉRIDOS EN EL LABORATORIO.....</b>	<b>265</b>

AMANDA ORTEGA PINA, PATRICIA RAMOS ALCAIDE, MARIA DEL ROCIO COTÁN MACÍAS	
<b>DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNITARIA EN PACIENTES CRÓNICOS.....</b>	<b>266</b>
NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ	
<b>ELEVACIÓN DE LA BILIRRUBINA: SÍNDROME DE GILBERT .....</b>	<b>267</b>
MARIA JOSE POZO CARRION, MARÍA SALUD FUENTES CUENCA, ANGÉLICA PILAR OCHOA CONTRERAS	
<b>VARÓN JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL Y ANTECEDENTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA .....</b>	<b>268</b>
ELISA CANO BERNAL, JOSE MARIA FERNANDEZ GONZALEZ, AINHOA COTO MUÑOZ	
<b>DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA .....</b>	<b>269</b>
SANDRA RAMIREZ BERNAL, BLANCA DÍAZ SARABIA, LAURA RUIZ GANFORNINA	
<b>HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA EN RELACIÓN AL BAÑO DE DIÁLISIS EN PACIENTE CON ERC ESTADIO 5D E HIPOMAGNESEMIA .....</b>	<b>270</b>
FRANCISCO JAVIER RUIZ ESCOLANO, LAURA RICO FERNÁNDEZ DE SANTAELLA, MANUELA MORENO RAMIREZ, NIEVES MARIA PORTERO GARCIA	
<b>DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOSIS INVASORA MEDIANTE EL USO DE TÉCNICAS MOLECULARES .....</b>	<b>271</b>
NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ	
<b>PAPEL DEL LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL .....</b>	<b>272</b>
MARIA MOLINA HUELVA, SARA GARCIA PUNZON, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO	
<b>HALLAZGOS FRECUENTES EN TIRAS DE ORINA.....</b>	<b>273</b>
SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA HUELVA, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO	
<b>TEST RÁPIDOS DE ORINA PARA DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE .....</b>	<b>274</b>
SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA HUELVA, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO	
<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL SÍNDROME DE MARFAN.....</b>	<b>275</b>
BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ	

<b>ELEVACION DE LA ENZIMA HEPATICA ASPARTATO AMINOTRANSFERASA POR PRESENCIA DE MACROENZIMAS .....</b>	<b>276</b>
MARIA JOSE POZO CARRION, MARÍA SALUD FUENTES CUENCA, ANGÉLICA PILAR OCHOA CONTRERAS	
<b>ÍNDICE DE BARTHEL COMO HERRAMIENTA DE VALORACIÓN ENFERMERA ..</b>	<b>277</b>
NATALIA ACOSTA CEBALLOS, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL	
<b>SECUENCIACIÓN MASIVA Y RESPUESTA A FÁRMACOS .....</b>	<b>278</b>
RAQUEL JURADO ESCOBAR, RAQUEL FLÓREZ LARA, EVA ROSARIO BLANCO ALCÁNTARA	
<b>IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>279</b>
SUSANA ROSA SERRANO, LAURA MEDINA ROSA, MARINA CORRETEGÉ GINÉ, ENRIC GALLART LUCERO, ESTEFANIA RUIZ CHACON, ANNA ESCOLÀ NOGUÉS, ANNA GUIU TRIQUELL, GEORGINA FUSTEGUERAS MIR, SARA BUIL PELLISÉ, LAURA GUIX CLIVILLÉ, RAQUEL MARTINEZ MASOT, SÒNIA BRAVO VALDIVIA	
<b>TRIPANOSOMIASIS: REACTIVACIÓN EN PACIENTE CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR.....</b>	<b>280</b>
NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING, JULISSA ALARCON ALARCON, MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS	
<b>PACIENTE VARÓN DIAGNOSTICADO DE PANCREATITIS AGUDA .....</b>	<b>281</b>
MARÍA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, CLAUDIA ATIENZA CARRETERO, ALFREDO MONTESINOS RIOS	
<b>CASO CLÍNICO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CÉRVIX.....</b>	<b>282</b>
SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS	
<b>PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA .....</b>	<b>283</b>
LAURA PAREJA DE LA TORRE, LAIA RIBELLES MORENO, CONSTANTINA BARILA LOMPE, NATALIA VALL FAURA, OLGA ORENES SOLANO, MERITXELL JUANOS LANUZA	
<b>VASCULITIS ASOCIADA A ANCA/ GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (WEGNENER) CON AFECTACIÓN RENAL, CARDIACA Y SNP .....</b>	<b>284</b>
ANA CALLEJA RAMIREZ, ANA BELÉN DOMÍNGUEZ GARCÍA, CARMEN ESPADA MORENO	
<b>ABORDAJE ACERCA DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.....</b>	<b>285</b>

LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ	
<b>TEST O' SULLIVAN Y DIABETES GESTACIONAL.....</b>	<b>286</b>
LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ	
<b>PACIENTE PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS 1 .....</b>	<b>287</b>
MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ	
<b>MUJER ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE TOXIINFECCIÓN .....</b>	<b>288</b>
MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ	
<b>HOMBRE CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR .....</b>	<b>289</b>
MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ	
<b>ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL .....</b>	<b>290</b>
FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD, GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....</b>	<b>291</b>
FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD, GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS	
<b>PACIENTE PEDIÁTRICO QUE ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL .....</b>	<b>292</b>
ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO, PETRONILA MIREIA ALCÁZAR ARTERO	
<b>MUJER DE 67 AÑOS CON EDEMATIZACIÓN FACIAL Y LENGUA ESCROTAL.....</b>	<b>293</b>
ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, AGUSTIN RODRIGUEZ SANCHEZ, JOSE ANTONIO TRUJILLO PEREZ	
<b>ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....</b>	<b>294</b>
JUANA MAZA ROMERO, FELISA VALCÁRCEL MOMBLANT, MARÍA LORETO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ	
<b>FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA CONFECCIÓN DE BLOQUES HISTOLÓGICOS .....</b>	<b>295</b>
SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA	
<b>PATOLOGÍA MOLECULAR EN EL CÁNCER DE PULMÓN: CARCINOMA NO DE CÉLULAS PEQUEÑAS EN PULMÓN IZQUIERDO .....</b>	<b>296</b>

SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA	
<b>DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....</b>	<b>297</b>
MARIA DEL CARMEN ARRABAL ORPEZ, MARIA CINTA ALONSO LIFANTE, MARIA JESUS ARRABAL ORPEZ	
<b>ANÁLISIS DE UN CASO: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.....</b>	<b>298</b>
MARIA DEL MAR SIMONELLI MUÑOZ, MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, LUCAS SIMON SANCHEZ	
<b>ASEGÚRESE ANTES DE PRESCRIBIR CUALQUIER MEDICACIÓN .....</b>	<b>299</b>
ADRIAN ESTRADA MENENDEZ, ANA CASTRO FUERTES, JUAN ALVAREZ LOPEZ, INES OLAYA VELAZQUEZ, CRISTINA VILLALIBRE CALDERÓN, CAROLINA MARTINEZ LLANA, RUTH RODRÍGUEZ BLANCO, ANDREA VALERIA TORRES FOLTYN, JUAN SEBASTIÁN ALLER ALVAREZ, CRISTINA BOTÉ I FERNÁNDEZ, EMMA SOLÍS LOZANO	
<b>ESTUDIO DE PACIENTE CON SIGNOS DE COLANGITIS/COLEDOCOLITIASIS .....</b>	<b>300</b>
ANA GARCIA DIAZ, M JESUS GARRIDO HERRERA, BEATRIZ DE LA TORRE VAZQUEZ	
<b>DREPANOCITOSIS Y DESARROLLO DE ANTICUERPOS IRREGULARES .....</b>	<b>301</b>
REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER	
<b>ANTICUERPOS ERITROCIATARIOS ANTI-VEL: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>	<b>302</b>
REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER	
<b>TRALI, UNA RARA COMPLICACIÓN POSTRANSFUSIONAL AGUDA .....</b>	<b>303</b>
REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER	
<b>NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA ASOCIADA A PDGFRB: RESPUESTA A IMATINIB .....</b>	<b>304</b>
REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER	
<b>PRUEBAS REALIZADAS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO PARA DIAGNOSTICAR EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO .....</b>	<b>305</b>
FRANCISCO OSCAR FUENTES GARCIA	
<b>APROXIMACIÓN A LA SOSPECHA DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA AGUDA MEDIANTE SYSMEX XN.....</b>	<b>306</b>
ANA PILAR SANCHEZ SEVILLA, LAURA GOMIS HORCAJADAS, YOLANDA RICO SANJUAN	

<b>INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS POR COLONIZACIÓN NASAL DE MRSA .....</b>	<b>307</b>
MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE	
<b>COMPLICACIONES DE TRASPLANTE HEPATORRENAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA .....</b>	<b>308</b>
MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE	
<b>MUJER OBESA CON DOLOR AGUDO TRAS CAIDA .....</b>	<b>309</b>
MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE	
<b>DIAGNOSTICO DE TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO .....</b>	<b>310</b>
MATILDE COLLADO MEDINA, SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO	
<b>DISNEA, HIPERTERMIA Y EXPECTORACION EN PACIENTE CON EPOC .....</b>	<b>311</b>
MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE	
<b>PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE Y CONTROL DEL DOLOR .....</b>	<b>312</b>
MARIA LOPEZ LORITE, MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO	
<b>DIAGNOSTICO DE TUMOR LARÍNGEO ZONA SUPRAGLÓTICA .....</b>	<b>313</b>
JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA, SANDRA RUIZ ACOSTA	
<b>A PROPÓSITO DE UNA ULCERA EN EL TALÓN .....</b>	<b>314</b>
ISRAEL JESUS GONZALEZ MORENO, SAHIDA GONZALEZ MORENO, LUCIA ORTEGA DONAIRE	
<b>UTILIZACIÓN Y CUIDADOS DE UN GORETEX .....</b>	<b>315</b>
ELISA FERNANDEZ JIMENEZ, MARIA GRACIA FERNÁNDEZ JIMÉNEZ, LAURA BUENDIA GONZALEZ	
<b>PACIENTE MUJER QUE PRESENTA NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO .....</b>	<b>316</b>
ISRAEL JESUS GONZALEZ MORENO, LUCIA ORTEGA DONAIRE, SAHIDA GONZALEZ MORENO	
<b>ESTUDIO DE UN PACIENTE CON CÓLICO NEFRÍTICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS .....</b>	<b>317</b>
ANDREA GOMEZ BENITEZ, MARÍA ESTHER PIÑERO SÁNCHEZ, IRENE MORILLAS CÁMARA	
<b>PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON TRASTORNOS DIGESTIVOS .....</b>	<b>318</b>

ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ	
<b>LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA .....</b>	<b>319</b>
GEMMA CAMACHO MOLINA, ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, ELENA LAZARO DIEST	
<b>MUJER JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS.....</b>	<b>320</b>
ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, LIA FERRARO, MARÍA DEL CARMEN HERNANDEZ MURCIANO	
<b>DIARREA DE SEIS SEMANAS DE EVOLUCIÓN.....</b>	<b>321</b>
ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, BLANCA MEDINA TOVAR, IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR	
<b>COMPARACIÓ DELS EQUIPS AQUIOS CL I NAVIOS: EN QUALITAT DE RESULTATS I SEGURETAT EN EL TREBALL .....</b>	<b>322</b>
LAURA GOMIS HORCAJADAS, ANA PILAR SANCHEZ SEVILLA, YOLANDA RICO SANJUAN	
<b>CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO .....</b>	<b>323</b>
ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ, REBECA CORBALAN LOPEZ, MARIA JOSE BALSALOBRE VILLA, EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA	
<b>DOLOR AGUDO EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE PANCREATITIS AGUDA ENÓLICA .....</b>	<b>324</b>
SORAYA RODRIGUEZ ARIAS, ORIOL BAETA CALONGE, SANDRA BELLVER FRUCTUOSO, ARIADNA CALVO VIVANCOS, MARÍA DE LAS MERCEDES FRANCO GUILLAMON, ALEXANDRA MAZUELA DOMINGUEZ, MIRIAM MAZUELA JIMENEZ, ROSA MARIA MORILLAS SERRANO, ANA ORTUÑO NÚÑEZ, LUIS PEREA SÁNCHEZ, SONIA PLAZA MORENO, MARÍA PILAR VÁZQUEZ MATO	
<b>NEUMONÍA GRAVE CAUSADA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES .....</b>	<b>325</b>
SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS	
<b>ACTUACIÓN ANTE UN DIAGNÓSTICO DE HIPERTIROIDISMO.....</b>	<b>326</b>
NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA FRANCISCA GARCÍA LÓPEZ, ANTONIO DÍEZ MORENO	
<b>PROTEINURIA EN PACIENTE CON EDEMAS PERIFÉRICOS DE CORTA EVOLUCIÓN .....</b>	<b>327</b>
CARLOS RUIZ NICOLAS, VICENTE DAVID DE LA ROSA VALERO, VANESSA DOMINGUEZ LEÑERO	
<b>DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A ESTREÑIMIENTO .....</b>	<b>328</b>

ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, SANDRA RAMOS PICHACO, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE APENDICITIS .....329**

ALBA MARIA GARCIA GARCIA, ESTHER ARIAS MOYA, CARLOS BUSTAMANTE MARCOS

**TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL VIRGEN DEL ROCIO .....330**

MARIA DEL MAR GARCIA MIÑON, ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO, ALBERTO GONZALEZ ANDRADE

**ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PADECER ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS .....331**

CARMEN PULIDO LOPEZ, MARIA MORENO GODOY, CRISTINA PORRAS PALOMINO

**PLAN DE CUIDADOS ANTE UN CASO DE ENFERMEDAD DE CROHN .....332**

SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**HIPERTRANSAMINASEMIA EN UNA MUJER EMBARAZADA: TODA UNA SORPRESA .....333**

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, ANA MARÍA TORRES VEGA, ARACELYS JOSEFINA NARVÁEZ RUIZ

**DISARTRIA EN PACIENTE CON RECIDIVA DE CÁNCER DE PRÓSTATA .....334**

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, RAQUEL PIÑAR MORALES, ANA MARÍA TORRES VEGA

**ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO: A PROPOSITO DE UN CASO .....335**

MARIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ, AZAHARA PÉREZ GÓMEZ, JOSE MANUEL DELGADO LIMONES

**FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA AVANZADA .....336**

MARIA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ELENA BORREGO GARCIA, MARÍA PEÑA ORTEGA

**LA DIABETES MELLITUS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.....337**

ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS

**ABORDAJE DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....338**

MARÍA JOSÉ CASTRO GUERRERO, ANTONIO PUERTA SÁNCHEZ, CONCEPCION SANCHEZ MANRIQUE

**DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE NEOPLASIA DE COLON .....339**

MARIA DEL MAR GARCIA GARCIA, SONIA SALAS GOMEZ, MONTSERRAT  
GIMENEZ IZQUIERDO

**MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA.....340**

ISABEL HERNANDEZ LOPEZ, AGUEDA LAURA GALLEGO RAVASSA, ISABEL  
MARÍA ALFONSO RODRÍGUEZ

**PLAN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE APENDICECTOMÍA .....341**

NATALIA DIAZ NASARRE, LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ANA MARIA  
CASTRO TORRES

**UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 MAL CONTROLADO .....342**

RICARDO MANUEL PAIM, EVA MARIA ARCO AVILA, MONTSERRAT ALDRICH  
MEGINO, CRISTINA IGLESIAS CARRION

**VALOR CRÍTICO DE LA HEMOGLOBINA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA .....343**

MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO, SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA  
HUELVA

**LAS NUEVAS ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ALZHEIMER .....344**

MIRIAM BELÉN SÁNCHEZ OSORIO, ROCIO SANCHEZ OSORIO

**TIROIDITIS EN CONTEXTO DE PATOLOGÍA VÍRICA.....345**

MONTSERRAT ALDRICH MEGINO, EVA MARIA ARCO AVILA, CRISTINA IGLESIAS  
CARRION, RICARDO MANUEL PAIM

**DIARREA AGUDA QUE NO MEJORA CON MEDIDAS DIETÉTICAS.....346**

EVA MARIA ARCO AVILA, MONTSERRAT ALDRICH MEGINO, RICARDO MANUEL  
PAIM, CRISTINA IGLESIAS CARRION

**MASTITIS GRANULOMATOSA EN PROBABLE RELACIÓN CON  
ANTICONCEPTIVOS ORALES .....347**

PETRONILA MIREIA ALCÁZAR ARTERO, ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL  
ANGEL GARCIA CHICANO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, IRENE DE LA TORRE  
RUBIO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE

**LA IDENTIFICACIÓN EN LAS ALTAS CAPACIDADES.....348**

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT, ANA CRISTINA ZAMORA  
CASTILLO

**PARASITOSIS DELUSIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO .....349**

JORGE ALBA FERNÁNDEZ, PALOMA SANGRO DEL ALCÁZAR, ALEJANDRO  
SÁNCHEZ CONRADO

**DOBLE EXCEPCIONALIDAD: ALTAS CAPACIDADES Y TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA.....350**

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT

**LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA EN LAS ALTAS CAPACIDADES .....351**

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO

**DIARREA CRÓNICA DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTE JOVEN .....352**

MARTA SUÁREZ HURTADO, MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

**VARÓN CON DERRAME PLEURAL DERECHO PENDIENTE DE FILIAR .....353**

MARIA MOLINA CIFUENTES, OLGA MECA BIRLANGA, ADRIANA GARRE GARCIA, PATRICIA FERRER SOLDEVILA

**LINFOMA NO HODKING: IMPORTANCIA CLÍNICA Y SINTOMATOLOGÍA .....354**

MARIA GUERRERO RUBIO, YURENA MARÍA RODRIGUEZ ORTEGA, PATRICIA FORT RIOS, DUNIA AMMAR CHAIB

**CA15.3 EN EL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO .....355**

ALBERTO GONZALEZ ANDRADE, MARÍA DEL MAR GARCIA MIÑON, ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO

**FIEBRE Y ESPLENOMEGALIA: QUÉ HACER CUANDO TODO ES INESPECÍFICO 356**

ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS, MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO, GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON ICTUS .....357**

MARÍA DEL MAR RUIZ GÓMEZ, ROCÍO PARRÓN RODRIGUEZ, MARIA DEL MAR PASCUAL SILES

**VALORACIÓN ELECTROMIOGRÁFICA DE LA MUSCULATURA GLÚTEA .....358**

PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ, ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ

**IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD EN PACIENTE ADULTO .....359**

JOSE MANUEL DELGADO LIMONES, MARIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ, AZAHARA PÉREZ GÓMEZ

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL: POSIBLES CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.....360**

NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, GABRIELA CASTILLO CALVO

**DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE ORIGEN ENDOCRINO: HIPERPROLACTINEMIA .....361**

CESAR CARRION BALLARDO, NOELIA OTERO CABANILLAS, PATRICIA  
MINCHONG CARRASCO, ANDREA GARCÍA MARTÍNEZ, IRENE RUIZ LARRAÑAGA,  
MILAGROS ARIAS LAGO

**AMILODOSIS COMO CAUSA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO .....362**

BEATRIZ ELENA MONTENEGRO PUCHE, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ,  
ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ

**CASO CLÍNICO: ÚLCERA TRAS INFECCIÓN EN MIEMBROS INFERIORES .....363**

ANTONIA BARRIOS BECERRA, FRANCISCA VALENTIN LUNA, BEATRIZ ALCAIDE  
ROMERO

**FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO .....364**

ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS, GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA,  
MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO

**PACIENTE CON TROMBOPENIA FULMINANTE Y HEMORRAGIA PULMONAR...365**

MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO, ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS,  
GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA

**MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON POLINEUROPATÍA  
DOLOROSA PERIFÉRICA DIABÉTICA .....366**

ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES, FRANCISCO JAVIER SOTELO  
SEVILLANO

**EXTRACCIÓN DE GASOMETRÍA ARTERIAL SIN DOLOR .....367**

ALBERTO ROMERO VIDOSA, ELENA MARÍA POLO SANTOS, JESUS MANUEL  
LEDRO GALLEGO

## ESTUDIO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

PABLO PELLITERO HEVIA, AITOR MANUEL SOLÍS GARCÍA, HECTOR GONZÁLEZ INFUESTO

**INTRODUCCIÓN:** Las úlceras por presión (UPP) son un indicador de mala calidad asistencial. Los pacientes ingresados en Unidades de cuidados intensivos presentan gran número de factores de riesgo de padecer UPP, siendo de las Unidades con mayores índices de incidencia.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de UPP en una unidad de cuidados intensivos (proporción de sujetos que ha presentado el fenómeno en algún momento durante un período determinado) en relación con el tiempo de estancia. Así mismo, identificar las UPP más frecuentes en base a su grado/frecuencia de aparición.

**METODOLOGÍA:** Se registraron todos los pacientes ingresados en una Unidad de cuidados intensivos (117) durante un período de 12 meses. Del total se contabilizaron aquellos que presentaron úlceras por presión, tanto en el momento de su ingreso como a lo largo de su estancia, y la frecuencia de aparición de dichas UPP. Las variables objeto de estudio fueron: Variable dependiente: nº de úlceras por presión y tipo/localización. Variable independiente: tiempo de estancia en la unidad.

**RESULTADOS:** De un total de 117 pacientes que ingresaron en la Unidad, 9 ya presentaban una UPP previa (7,6%). De los otros 108 restantes, 48 desarrollaron una UPP durante su estancia (44%). Relacionando el total de pacientes con UPP (48) y el tiempo de estancia, los resultados fueron: Menos de 15 días: 0 pacientes (0%); 15 días a 1 mes: 3 pacientes (6,25%); De 1 a 3 meses: 12 pacientes (25%); Entre 3 y 6 meses: 15 pacientes (31,25%); Más de 6 meses: 18 pacientes (37,5%).

**CONCLUSIÓN:** El mayor número de UPP se localizó en los pacientes con mayor tiempo de estancia. A medida que aumenta el tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos, mayor es la exposición a los factores de riesgo y, por tanto, mayor el número de nuevos pacientes que se ven afectados por UPP. Esto indica una relación estadísticamente significativa entre tiempo y riesgo y por tanto una relación directamente proporcional entre tiempo y tasa de incidencia. Se deben aumentar las medidas preventivas en los primeros días de estancia en la Unidad de cuidados intensivos.

**PALABRAS CLAVE:** TIEMPO, RIESGO, ÚLCERA, PRESIÓN.

## **DOLOR ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO**

YOLANDA NAVARRO DURO, JORGE CANO ORTEGA, ANA BELÉN LINARES CASTRO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 32 años derivado de su centro de salud por llevar varios días con dolor abdominal rítmico que aparece con los movimientos como puede ser incorporarse de la cama, sentarse, etc. No presenta vómitos, diarrea y fiebre. Sin molestias urinarias. Al parecer el dolor puede ser por haber hecho gimnasia. NAMC. AP: sin interés.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** BEG, normoperfundida, hidratación normal, eupneica sin focalidad neurológica. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no pulsatilidad o soplos. Blumberg. TA: 120/60 mmHg; FC: 56 lpm; SatO<sub>2</sub>: 98%; Tira reactiva orina: negativa; EKG: normal. Analítica sangre: normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor muscular abdominal. **CONCLUSIONES:** El dolor muscular abdominal se desarrolla en los músculos del tejido del abdomen que lo cubren. El dolor también puede provenir del colon, hígado, estómago, intestino delgado, etc. Las causas de este dolor pueden ser muy variables. La paciente deberá observarse en casa para ver si aparecen nuevos síntomas o empeoramiento, además de tomar analgésicos habituales.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, ABDOMINAL, BLUMBERG, EVOLUCIÓN.

## INTERVENCIÓN SANITARIA EN EL DEBUT DIABÉTICO

LIDIA TORRES TRIANO, PAULA ORTUÑO MORENO, FRANCISCO JESÚS VEGA RIOS

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que suele debutar a edades muy tempranas de la infancia y que precisa tratamiento y controles durante toda la vida. La dificultad de dicha enfermedad reside en la adecuación y adiestramiento de los pacientes para el control de los signos y síntomas, así como de su tratamiento. Es por ello que la promoción de la salud y la educación sanitaria son las herramientas a tener en cuenta para abordar dicha enfermedad y hacer que el proceso de aprendizaje de dichos pacientes sea el idóneo.

**OBJETIVOS:** Conocer aspectos básicos de la enfermedad para educar al paciente diagnosticado de diabetes mellitus 1.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos que traten el tema previamente expuesto. Dicha búsqueda se realiza en la base de datos Cuiden, Scielo y Google académico utilizando los descriptores; diabetes mellitus 1, infancia, promoción de la salud, debut. La búsqueda se limita temporalmente en los últimos 5 años. Se obtienen 25 artículos de los cuales se seleccionan 10 para la revisión por cumplir los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Los resultados obtenidos coinciden que la diabetes mellitus 1 es una enfermedad muy común en la sociedad y que debido a las edades de su debut dificulta la educación sanitaria precisa para su correcto seguimiento. Los síntomas iniciales previos a la confirmación de la enfermedad se caracterizan por la poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

**CONCLUSIÓN:** La educación sanitaria es fundamental para la buena evolución de la enfermedad y adecuación al tratamiento. El personal sanitario es el encargado de brindar la información precisa sobre la enfermedad así como el control de los signos y síntomas, los diferentes tipos de insulina y administración de la misma y al igual que saber interpretar los niveles de azúcar en sangre tras la prueba de glucemia capilar.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, ENFERMEDAD, DEBUT, EDAD.

## **DIAGNÓSTICO DE ANISAKIASIS: ZONOSIS PARASITARIA TRANSMITIDA POR VÍA ORAL**

FERNANDO MANUEL CASTRO REGADERA, MARIA PEREZ ANDRES, ANTONIO BÉJAR BARRERA

**INTRODUCCIÓN:** La anisakiasis es una parasitosis accidental del hombre por consumo de pescado, moluscos o crustáceos de agua salada crudos o poco cocinados, está ampliamente distribuida, que cursa con problemas digestivos y de tipo alérgico y determinadas costumbres culinarias están favoreciendo un aumento de casos.

**OBJETIVOS:** Los objetivos principales de esta comunicación es la de dar a conocer esta zoonosis así como sus síntomas y su diagnóstico en el laboratorio.

**METODOLOGÍA:** Para realizar este estudio se ha producido una revisión bibliográfica actualizada para obtener los mejores y más actualizados resultados sobre esta zoonosis.

**RESULTADOS:** Tras el estudio se ha observado que existe un gran conocimiento tanto para prevenir, diagnosticar y tratar la anisakiasis.

**CONCLUSIÓN:** La mejor forma de luchar contra esta zoonosis es en el control culinario y la información a los consumidores para disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** DIAGNÓSTICO, PARASITOSIS, ANISAKIASIS, SALUD.

## EXAMEN GRUPOS SANGUÍNEOS Y REACTIVOS UTILIZADOS

ANA ROCIO VARELA CUINES, ALEJANDRO MORAL DEL CAMPO

**INTRODUCCIÓN:** Para realizar este examen principalmente necesitamos muestra de sangre ,se realiza para determinar el tipo de sangre de una persona, dependerá de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en sus glóbulos rojos. También se denomina tipificación ABO. El grupo sanguíneo dependerá de qué tipos de sangre se heredó de los padres.

**OBJETIVOS:** Conocer los reactivos y conocer resultados.

**METODOLOGÍA:** Base de datos: university of maryland medical, medline, heathline, clínica DAM. Hemos cogido artículos en español e ingles traducidos a español a partir de 2007 con metodología clara y sencilla.

**RESULTADOS:** Reactivos utilizados: Solución anti-A, Solución anti-B ,Solución anti-D(anti Rh) se mezclara la sangre con anticuerpos contra sangre tipo A y tipo B, posteriormente se revisara la muestra para ver si los glóbulos sanguíneos se pegan. Si se aglutinan nos indicara que reacciono con uno de los anticuerpos. Las individuos con sangre tipo A tienen anticuerpos anti-B. Los que tienen sangre tipo B tienen anticuerpos anti-A. El tipo de sangre O contiene ambos tipos A Y B. El factor Rh es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos. Son Rh positivos si presentan esta proteína en sus eritrocitos y Rh negativa quienes no presenten la proteína.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante conocer el tipo de grupo sanguíneo al que se pertenece ante situaciones de urgencia como que se precise una transfusión de sangre ,donación trasplante.. Ya que todas las personas no tenemos el mismo tipo de sangre, ni todos los tipos son compatibles.

**PALABRAS CLAVE:** PRUEBAS CRUZADAS, DETERMINACIÓN DEL RH, DETERMINACIÓN DEL GRUPO SANGUÍNEO ABO, ABO.

## FISIOPATOLOGÍA DE LA CONDROMALACIA ROTULIANA Y SU PREVENCIÓN

MARÍA FERNÁNDEZ GÓMEZ, ALBA MARÍA MUÑOZ PEÑALVER, MARIA ISABEL LIZARTE NAVARRO

**INTRODUCCIÓN:** La condromalacia rotuliana o síndrome fémoro-patelar, es una entidad diagnóstica perteneciente al grupo de alteraciones de la articulación femororrotuliana, se trata del desgaste y/o reblandecimiento del cartílago entre la rótula y el fémur.

**OBJETIVOS:** El objetivo perseguido es analizar la evidencia científica que existe sobre la prevención de la condromalacia rotuliana.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos de los últimos años sobre los individuos que han padecido dicha condropatía, sobre los factores de riesgo de ésta y de la fisiopatología de la condromalacia rotuliana.

**RESULTADOS:** Tras la búsqueda en bases de datos se utilizaron varios artículos de estudios realizados sobre la prevalencia del síndrome fémoro-patelar y se obtuvo que la condromalacia rotuliana predomina en el sexo femenino, en la población activa físicamente y en personas de edad avanzada. En cuanto a los factores de riesgo existe bastante controversia tales como individuos con afecciones como atrofia o acortamientos, debilidad de la musculatura de la parte posterior, afección estructural de la rótula, hiperlordosis en la columna, meniscopatías etc.

**CONCLUSIÓN:** Tras la investigación y revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo a individuos con condromalacia rotuliana llegamos a la conclusión de cómo prevenir esta patología y se proponen tratamientos de prevención del tipo reeducación postural, corrección mecánica en la marcha y de posturología.

**PALABRAS CLAVE:** CONDROMALACIA ROTULIANA, CONDROPATÍA, RODILLA, FISIOPATOLOGÍA.

## **TÉCNICA DE PUNCIÓN LUMBAR: CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

ERNESTO FERNANDEZ IGLESIAS, MARINA DE LA PEÑA PONCE ALVAREZ, MARIA DE SETEFILLA NUÑEZ GUERRERO

**INTRODUCCIÓN:** La punción lumbar es una técnica que permite obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) para su análisis, pero además puede tener fines terapéuticos, como la administración de fármacos.

**OBJETIVOS:** Determinar la técnica de punción lumbar para una buena ejecución por parte de los profesionales de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicos, utilizando las palabras clave: punción lumbar, trocar, sistema nervioso central, enfermería, líquido cefalorraquídeo.

**RESULTADOS:** La punción lumbar es una técnica que permite el análisis del LCR para determinar la presencia de infecciones meníngeas, hemorragias, neoplasias u otras afecciones; o bien puede ser utilizada con fines terapéuticos, mediante la administración de fármacos intratecales. El paciente se acuesta en decúbito lateral, con las caderas y rodillas flexionadas hacia el tórax y el mentón pegado al esternón. Se desinfecta el área lumbar con un antiséptico y se infiltra la zona de la punción con anestésico local. Se introduce el trocar espinal hasta que fluya el LCR, es entonces cuando podremos determinar la presión, coloración, viscosidad y recoger muestras. Posteriormente, se retira el trocar, se limpia la zona y se coloca el apósito. Valoraremos el estado neurológico del paciente, así como la presencia de movilidad en los miembros inferiores tras la punción.

**CONCLUSIÓN:** La punción lumbar es una técnica que nos permite no solo analizar el LCR en busca de infecciones, hemorragias o neoplasias del SNS, también nos permite la administración de fármacos intratecales.

**PALABRAS CLAVE:** PUNCIÓN LUMBAR, TROCAR, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ENFERMERÍA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL PACIENTE CON SOSPECHA DE FIBROSIS QUÍSTICA: TEST DEL SUDOR**

SONIA AMATE BERENGUEL, ÁNGEL GARCÍA CANO, MARTA OÑA ALARCÓN

**INTRODUCCIÓN:** La Fibrosis Quística (FQ) es la enfermedad genética letal caracterizada por enfermedad pulmonar infecciosa progresiva y complicaciones nutricionales, cuyo pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico diferencial en pacientes sospechosos de cualquier cuadro respiratorio recurrente o persistente a través de la aplicación del test del sudor como método de ayuda al manejo preventivo y agresivo de las complicaciones respiratorias, nutricionales y afectación de distintos sistemas, provocando una mejoría progresiva de la calidad de vida y de la supervivencia media de estos pacientes, ya que la aparición de los síntomas llega tarde al diagnóstico.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo fue determinar medidas para mejorar el conocimiento de la aplicación del test del sudor en el diagnóstico diferencial de pacientes con sospecha de fibrosis quística.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica para reunir información referente al cribado de la fibrosis quística a través del test del sudor. Para ello se han consultado bases de datos en inglés y español como Medline, Cinahl y Scielo, seleccionando aquellos artículos comprendidos en los últimos cinco años.

**RESULTADOS:** Más de la mitad de los pacientes de Fibrosis Quística son adultos, cuya mediana de supervivencia oscila en la actualidad a los 41 años, diagnosticados en el 98% de los casos a través del test del sudor.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico diferencial de la fibrosis quística a través del test del sudor ha mejorado notablemente la calidad de vida de los pacientes con esta etiología en las últimas décadas, al punto que ha pasado de ser una enfermedad letal en la infancia, a ser más bien una enfermedad crónica, con la mayoría de los casos en edad adulta.

**PALABRAS CLAVE:** TEST DEL SUDOR, DETECCIÓN PRECOZ, ENFERMEDAD RESPIRATORIA, FIBROSIS QUÍSTICA, DIAGNÓSTICO.

## **DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN EL FALSO RESULTADO DE HEMOGLOBINA POR PUNCIÓN CAPILAR**

SUSANA GÓMEZ COCA, LORENA DELGADO SANCHEZ, SONIA ORTIZ FERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** El nivel de hemoglobina es el parámetro usado para la detección de anemia en personas candidatas a donación de sangre. Para su determinación se ha pasado de usar soluciones de sulfato de cobre a dispositivos digitales que indican el resultado de manera inmediata a través de una gota de sangre capilar. Su validez y fiabilidad está ampliamente estudiada, siendo un método diagnóstico de elevada precisión siempre que se realice en las condiciones idóneas.

**OBJETIVOS:** Determinar los factores influyentes que dan lugar a falsos resultados en la determinación de hemoglobina a través de punción capilar por analizador portátil, y así, proporcionar mayor seguridad y calidad en los cuidados a los donantes.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática en las bases de datos: Scielo, Pubmed, Cuiden, y bibliografía encontrada sobre el tema, utilizando los descriptores: “hemoglobina”, “determinación”, “capilar”, “resultado erróneo”. De los resultados obtenidos, dos fueron seleccionados por cumplir los criterios de inclusión en el periodo temporal 2000-2017, realizándose posteriormente un análisis cualitativo multivariante.

**RESULTADOS:** Del análisis de los documentos seleccionados se identifica similitud en los factores condicionantes que modifican el resultado de la hemoglobina subestimándola o sobreestimándola, estando éstos relacionados con la técnica de obtención, recogida y manejo de la muestra y el analizador.

**CONCLUSIÓN:** Concluimos que un falso resultado en la determinación de hemoglobina se debe a una técnica inadecuada de obtención y/o recogida de la muestra, y/o a un inadecuado manejo del analizador. Siendo estos factores potencialmente evitables y necesitando garantizar el mínimo error y unos resultados exactos y fiables, se hace necesario unos conocimientos adecuados en la obtención, recogida y manejo para llevar a cabo el procedimiento correcto que asegure resultados precisos. Se revela la importancia de que las enfermeras, encargadas de realizar este procedimiento diagnóstico, identifiquen los factores que condicionan el valor de la muestra para prestar una atención segura y de calidad.

**PALABRAS CLAVE:** FACTORES INFLUYENTES, FALSOS RESULTADOS, DETERMINACIÓN, HEMOGLOBINA, PUNCIÓN CAPILAR.

## **CUIDADOS ENFERMEROS ANTE PACIENTE CON ENFISEMA PULMONAR**

JONATHAN CÓZAR RODRÍGUEZ, SARA AGUILAR GALLARDO, MARINA SÁNCHEZ VARELA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 68 años que al centro de salud por falta de aliento durante el ejercicio físico, tos con mucosidad, silbilancias. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo dos sin tratamiento, obesidad tipo (IMC 31), fumador de 10 cigarrillos diarios. No alergias medicamentosas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tensión arterial 140/80, frecuencia cardíaca 74 latidos por minuto. El ECG normal. Observamos dedos de manos y pies con un ligero color cianótico consecuencia de la falta de oxigenación de los miembros y tórax en forma de barril. Realizamos una radiografía que muestra una función pulmonar alterada. En el TAC pulmonar observamos rotura de parte de la red alveolar. La analítica sanguínea, a través de una gasometría arterial confirma una disminución del aporte de oxígeno arterial a tejidos y órganos produciendo la cianosis. Mediante la espirometría obtenemos datos que cursan con una enfermedad obstructiva crónica (EPOC) donde se engloba el enfisema.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfisema pulmonar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La anamnesis y la localización nos indican una patología pulmonar y en la auscultación hallamos disnea y silbilancias que pone de manifiesto una enfermedad obstructiva pulmonar. Las pruebas de imagen y de laboratorio evidencian la patología en cuestión mostrando la rotura de la red alveolar y excluyen cualquier tipo de patología coronaria del diagnóstico. La falta de oxígeno arterial descrita en la gasometría descarta cualquier vasculopatía responsable de la cianosis de los miembros del paciente.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se centra en la administración de la terapia farmacológica, cambios en el estilo de vida y terapia respiratoria. Además de apoyo emocional para dejar de fumar.

**CONCLUSIONES:** El enfisema pulmonar se va produciendo de forma gradual por destrucción de alvéolos que generan, de forma progresiva, más dificultad para respirar. No tiene cura el tratamiento se basa en aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones. Dejar de fumar es importante para evitar el avance de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** ENFISEMA, ESPIROMETRÍA, SILBILANCIA, EPOC.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN HIDRÓPICA

ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, MARIA SOLEDAD FRANCO GARCIA, MARIA VIRGINIA BAÑOS FUENTES, VERONICA GARCIA GARNES, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ROSARIO CORDEIRO ROMERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 71 años que acude (segunda consulta) por disnea de varias semanas de evolución, hasta hacerse de mínimos esfuerzos (dificultad para el habla). Refiere llevar varias noches sin dormir por disnea. Disminución de diuresis y edemas en miembros. Aumento del perímetro abdominal en la última semana. Afebril. Expectoración escasa blanca. No dolor torácico. Visto anteriormente en otra consulta con reajuste de medicación, pero con escasa mejoría. Última toracocentesis en las últimas semanas. Última paracentesis en el mes de julio. Antecedentes Personales: HTA. No DM. No DLP. Hiperuricemia. Exfumador desde hace unos 30 años. Ex-bebedor moderado-excesivo desde hace 4 años. No cardiopatías conocidas. Cirrosis hepática enólica estadio B9 de Child-Pugh. Hipertensión portal. Enfermedad renal crónica grado 3aA.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, ictericia conjuntival, habla algo entrecortada. Consciente y orientado en tiempo y espacio. TA 113/71, FC 73lpm, sat o2 96%. AC: Rítmico, no ausculto soplos AP: Hipoventilación en ambas bases, más marcada en campo pulmonar derecho. Abdomen blando y depresible, con ascitis sin tensión. Hepatomegalia. No puntos dolorosos, sin signos de irritación peritoneal MMII edemas con fóvea hasta 1/3 medio, signos de insuficiencia venosa crónica. Pulsos disminuidos pero conservados.

**JUICIO CLÍNICO:** Disnea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Descompensación hidrópica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Durante su estancia en urgencias el paciente se encuentra estable clínica y hemodinámicamente, pero continúa disneico por lo que se decide ingreso.

**CONCLUSIONES:** Una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática es la descompensación hidrópica o acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, pleural o tejido intersticial. La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal y constituye la complicación más frecuente de la cirrosis. La formación de ascitis en la cirrosis es el resultado de la presencia simultánea de factores locales que favorecen el escape de líquido desde los capilares hepáticos y esplénicos a la cavidad peritoneal y alteraciones sistémicas que determinan retención renal de sodio y agua.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, OLIGURIA, PERÍMETRO ABDOMINAL, CIRROSIS HEPÁTICA.

## **EFICACIA EN LA UTILIZACIÓN DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES WEINSTEIN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**

ESMERALDA SABORIDO DOMÍNGUEZ, RAÚL GARCÍA JÓDAR, MARIA DEL CARMEN SOTO ROSA

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus es una enfermedad del metabolismo que ocasiona valores altos del nivel de glucosa en sangre. La diabetes mellitus se clasifica en dos tipos: diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. La diabetes trae consigo una serie de complicaciones, una de ellas es la neuropatía diabética (ND), la cual ocasiona un trastorno del sistema nervioso. Es una complicación muy frecuente, está presente en el 50% de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus.

**OBJETIVOS:** Analizar la eficacia de la utilización del monofilamento de Semmes Weinstein en el diagnóstico de la neuropatía diabética y la utilización de este.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas como Cochrane, Pubmed y Cuiden plus, del tema de interés. Se utilizaron diversos descriptores; “Monofilamento de Semmes Weinstein”, “Diabetes”, “Neuropatía diabética” y “Glucosa”. Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y periodo temporal (2011-2016). De un total de 78 referencias encontradas, se escogieron 22 para un análisis en profundidad.

**RESULTADOS:** La prueba del monofilamento de Semmes Weinstein tiene una tasa de efectividad del 96% sobre la neuropatía diabética. La manera más eficaz de realizar la técnica para la obtención de la muestra es colocando el monofilamento perpendicular a la piel del paciente y ejercer una presión continua en distintos puntos hasta que el monofilamento se doble, el tiempo de apoyo no debe superar los 2 segundos. La presión debe hacerse sobre el primer dedo (parte distal) y la base del primer, tercer y quinto metatarsianos.

**CONCLUSIÓN:** Llegamos a la conclusión que dicha prueba es sencilla, económica y efectiva para la detección de la neuropatía diabética. La aplicación adecuada y efectiva de dicha prueba es útil para el tamizaje de los pacientes diabéticos.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, NEUROPATÍA DIABÉTICA, MONOFILAMENTO DE SEMMES WEINSTEIN, GLUCOSA.

## **SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL PARA LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE**

LETICIA PORRAS ORTIGOSA, MARIA INFANTES CORRAL, ANA BELÉN PINO REBOLLO

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo del tratamiento de la insuficiencia hepática es la estabilización del paciente y el incremento de su capacidad para la eliminación de toxinas. El tratamiento de elección es el trasplante hepático, pero el bajo número de donantes dificulta esta opción y muchos fallecen. Por este motivo se han desarrollado sistemas de detoxificación extracorpórea llamados sistemas de soporte hepático bioartificial y artificial.

**OBJETIVOS:** Determinar las indicaciones del soporte hepático artificial para evaluar su eficacia y seguridad en la insuficiencia hepática aguda e insuficiencia hepática crónica agudizada.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de la literatura donde se han analizado 15 trabajos científicos procedentes de las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Cochrane Plus. Entre los criterios de inclusión se encuentran estudios realizados en los diez últimos años (2007-2017).

**RESULTADOS:** El soporte hepático artificial es un sistema extracorpóreo basado en diálisis de albúmina en pacientes con insuficiencia hepática aguda e insuficiencia hepática crónica agudizada. La eficacia de estos sistemas han conseguido reducir los marcadores bioquímicos y con ello un descenso de la bilirrubina, creatinina y otros elementos tóxicos, especialmente con el sistema MARS. Otros sistemas son: Prometheus y BiologicDT. Disminuye la encefalopatía hepática y aumenta la esperanza de vida.

**CONCLUSIÓN:** Los efectos adversos más comunes descritos son la hemorragia y las infecciones bacterianas. Solo el 10% de los pacientes consiguen ser trasplantados. Es necesario seguir investigando sobre los sistemas de soporte hepático artificial para perfeccionar tratamiento en función de la intensidad, dosis y uso de distintas pautas de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL, SOPORTE HEPÁTICO BIOARTIFICIAL, SOPORTE HEPÁTICO, DETOXIFICACIÓN EXTRACORPÓREA.

## ENFERMEDAD DE CROHN EN ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

EVA GARCÍA JIMÉNEZ, ISABEL MARÍA REVIRIEGO GALÁN, INMACULADA CARRILLO ÁVILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 16 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso desde ayer, con predominio en hipogastrio y ambas FI. Fiebre de hasta 38oC el día de hoy. Náuseas sin vómitos. Evacuaciones diarreicas de igual evolución de hasta 4 deposiciones al día, líquidas verdosas y sin productos patológicos. No síntomas respiratorios infecciosos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Bien perfundida e hidratada. Hemodinámicamente estable. AC tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos. AR buen murmullo vesicular bilateral, no ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, con defensa voluntaria. No masas ni megalias, Murphy negativo, Blumberg dudoso. RHA conservados. MMII: pulsos conservados, no edemas. BQ, HM, CG. RX abdomen (leve dilatación de asas sin signos de sufrimiento o niveles HA). Ecografía de abdomen (sin lesiones focales). Líquido libre abdominal en leve cuantía localizado en fondo de saco recto uterino).

**JUICIO CLÍNICO:** BROTE DE ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECTACIÓN DE 13 CM DE ÍLEON TERMINAL CON PROBABLES TRAYECTOS FISTULOSOS. **DIAGNÓSTICO**

**DIFERENCIAL:** Hallazgos compatibles con afectación inflamatoria de segmento de unos 13 cm de íleon terminal con probables trayectos fistulosos con asa de íleon en hipogastrio y apéndice, presenta discretos cambios inflamatorios.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se cursa ingreso en planta de Digestivo. Se solicita control analítico con IGRA y serologías. Dieta líquida. Constantes vitales por turnos. Hemocultivo si fiebre. Volumen Sección Fluidoterapia 2500 mL. Se informa a paciente y familia.

**CONCLUSIONES:** El abordaje de las personas con enfermedad de Crohn requiere impulsar el trabajo en equipo multidisciplinar, formado por diferentes profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes que garantizan la continuidad en los cuidados con la participación del paciente y de su entorno. Es importante la dieta que debe seguir para la prevenir brotes y esperar una buena calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR ABDOMINAL, ENFERMEDAD DE CROHN, BROTE, CUIDADOS ENFERMEROS.

## EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE INTOXICACIÓN POR BURUNDANGA

DAVID CASARES CANAS, MARIA DOLORES RAMIREZ GONZALEZ, MARÍA NIEVES LÓPEZ GAMARRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Inicialmente se nos presenta un paciente joven de 23 años que consulta por consumo de sustancias y características peculiares de personalidad, fundamentalmente gustos extraños y cierta tendencia a la autoreferencialidad. Consciente, orientada, colorida. Maneras femeninas. Actitud suspicaz. Hiperalerta. Contacto psicótico. Ideación delirante de envenenamiento. Niega alteraciones sensorceptivas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Sin hallazgos patológicos. Hemograma y bioquímica. Tóxicos en orina, negativos.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación por Burundanga. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La conducta de la paciente se presenta en toda su trayectoria condicionada por el trastorno del pensamiento, sin observarse deterioro en las actividades de su vida diaria. En relación al consumo, lo alterna con breves periodos de abstinencia sin clara conciencia de consumo perjudicial. Ausencia de conciencia de enfermedad y rechazo del tratamiento. Por otro lado, distinguimos el cuadro del Trastorno Paranoide de la Personalidad. Así, presentamos un trastorno de ideas delirantes persistentes, es decir un cuadro delirante crónico, con nula conciencia de enfermedad y rechazo al tratamiento. Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes. Trastorno por Dependencia al consumo de Cannabis en remisión parcial. Trastorno por Dependencia de Nicotina grave. Trastorno Paranoide de Personalidad. Problemas relativos al grupo primario. Problemas relativos a la sociedad.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realizan analíticas de sangre para determinar tipos de tóxicos. Como da negativo se deriva a observación para su evolución.

**CONCLUSIONES:** Cualquier persona está expuesta a padecer una intoxicación de manera consentida o no consentida, pero lo que sí es de vital importancia es que todos y cada una de esas personas que noten que han sido intoxicadas, acudan de urgencia a su médico para poder paliar a la mayor brevedad posible los efectos y síntomas que puedan padecer.

**PALABRAS CLAVE:** BURUNDANGA, CUADRO DELIRANTE, ESCOPALAMINA, PSICOSIS.

## EL TÉCNICO DE RADIOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RIZARTROSIS DEL PULGAR

TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ, ENMA GOMEZ VALOR

**INTRODUCCIÓN:** La artrosis de la base del pulgar, es también conocida como "Rizartrosis". La degeneración del cartilago articular del fundamento del pulgar, también es conocida con el nombre de "Rizartrosis". La mermación o desgaste se presenta entre la base del primer metacarpiano y el hueso trapecio, produciéndose inflamación en la textura circundante a la dicha inflamación. Con superioridad de casos vistos, se manifiesta con una sensación molesta que progresa en el tiempo y a veces como si de un fantasma se tratara, aparece de repente.

**OBJETIVOS:** Determinar las técnicas diagnósticas que se emplean en pacientes con rizartrosis.

**METODOLOGÍA:** El estudio consiste en una revisión bibliográfica de artículos basados en estudios, que determinan las indicaciones clínicas de la rizartrosis usando diversas bases de datos. Los descriptores utilizados son: rizartrosis, artrosis, degeneración y articulación.

**RESULTADOS:** Desde el primer momento en que aparece dicho dolor, el objetivo del médico es hacer una exploración de la articulación, intentando reproducir el estado y el índice de los movimientos de la muñeca y de las otras articulaciones del pulgar. Muchos pacientes con rizartrosis, tienen el síntoma del "Síndrome del Túnel Carpiano". El modo de proceder para el diagnóstico de la rizartrosis, será la distinción de las radiografías de la muñeca y mano en las posiciones de: AP, Oblicua y Lateral. Las radiografías nos dan una evaluación del escalón y como poco a poco se consume la parte ósea del trapecio, siendo tan importante también la subluxación de la base del primer metacarpiano y el perjuicio que recibe la interlínea escafo-trapecio-trapezoidal (STT).

**CONCLUSIÓN:** La conclusión a la que se llega es que los sistemas de curación para la situación inicial de esta dolencia, será la inmovilización y el descanso de la zona, la ingesta de antiinflamatorios, ejercitar los músculos de la articulación y las infiltraciones con corticoides. Las operaciones no son todo lo efectivas que puedan ser para este tipo de achaque o enfermedad, siendo el último recurso cuando la movilidad sea inexistente.

**PALABRAS CLAVE:** RIZARTROSIS, ARTROSIS, DEGENERACIÓN, ARTICULACIÓN.

## EL SÍNDROME DE SUDECK O SÍNDROME DE Distrofia simpática refleja

EVA RUIZ FERNANDEZ, GEMA GARCIA PRIETO, DAVID CAPARROS FLORIDO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 38 años sin alergias conocidas ni antecedentes de interés. Desde hace aproximadamente 5 años sufre cuadros agudos de dolor en MID, diagnosticados como “artritis gotosa, cediendo al tomar tratamiento específico para la “gota”. Hace 6 meses sufre mismo cuadro agudo que no cede con tratamiento anterior.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Acude a urgencias donde realizan analítica y rx donde sólo observan calcificaciones en tendón de Aquiles, que no descartan cuadro de artritis aunque no pueden confirmarlo con las pruebas realizadas, lo derivan a traumatología quienes tras realizar RNM observan edema óseo y engrosamiento del tercio proximal de la aponeurosis plantar diagnosticando una fascitis plantar, pautan un mes de reposo, unas plantillas, heparina de bajo peso molecular y enanplus durante 5 días. Transcurrido el mes el dolor continua, la impotencia funcional ya está presente en ambos MMII, acude a revisión de trauma y es derivado al reumatólogo que indica realizar una gammagrafía y un electromiograma.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de Sudeck o síndrome de distrofia simpática refleja. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial va a depender de la fase evolutiva. En la fase inicial habrá que considerar artritis infecciosas, artritis reumáticas, artropatía inflamatoria, arteriopatía periférica y trombosis venosa profunda, en la fase crónica con esclerodermia y fascitis plantar.

**CONCLUSIONES:** En el síndrome de Sudeck, la mayoría de las veces, en el resultado de la analítica no se observan alteraciones, las rx suelen ser útiles en estadios tardíos, resumiendo, no existen signos ni síntomas patognomónicos y no hay una prueba diagnóstica definitiva, los criterios que actualmente se siguen para su diagnóstico además de una historia clínica completa, la severidad y duración de los síntomas, serían los siguientes criterios: dolor y sensibilidad de una extremidad, síntomas o signos de inestabilidad motora, tumefacción y cambios tróficos de la piel.

**PALABRAS CLAVE:** TUMEFACCIÓN, ARTRITIS GOTOSA, FASCITIS PLANTAR, ELECTROMIOGRAMA, GAMMAGRAFÍA.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON OBESIDAD

ANA MORAL MENA, MARÍA JOSÉ SAMANIEGO MARTÍNEZ, ELISA MARIA TALERO GUTIERREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 50 años acude a consulta de atención primaria expresando su incremento de peso en los últimos 2 años. No presenta alergias conocidas y sus antecedentes personales son: Madre diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo II y padre con Hipertensión Arterial.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Durante la consulta la paciente se encuentra normoconstante con un peso de 110 kg, altura de 1,60 metros por lo que presenta un IMC de 42.97, Presentando obesidad tipo III.

**JUICIO CLÍNICO:** Diagnóstico de enfermería (NANDA) 00001 Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Objetivos de enfermería (NOC) 1612 Control del peso. 161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica Valor escala 1-5.

**PLAN DE CUIDADOS:** Intervenciones de enfermería (NIC) 0200 Fomento del ejercicio: Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. Incluir a la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa. 5246 Asesoramiento nutricional: Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

**CONCLUSIONES:** En los últimos años la prevalencia del sobrepeso y obesidad está aumentando de manera espectacular, siendo responsable de gran cantidad de complicaciones, por lo que es necesaria por parte de los profesionales de enfermería la prevención de la obesidad de la población, así como, la detección precoz para evitar posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMERÍA, OBESIDAD, CUIDADOS, DIAGNÓSTICO.

## DIFERENCIACIÓN ENTRE LESIONES DE HUMEDAD Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

SUSANA SALAS RODRIGUEZ, ESTEFANIA ARIZA CALVO, INMACULADA MOLINA MARTIN

**INTRODUCCIÓN:** Las heridas crónicas y especialmente las úlceras por presión suponen un gran problema de salud, tanto por su prevalencia como por sus repercusiones. Deterioran el estado de salud de las personas que las padecen e influyen de forma importante en su calidad de vida. Es importante la localización temprana de estas afecciones y no confundirlas con otras para un correcto tratamiento

**OBJETIVOS:** Identificar dificultades para las enfermeras en la diferenciación entre lesiones por humedad y úlceras por presión, y el grado de acuerdo en el evaluación correcta por tipo y categoría de lesión.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas como Pubmed. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Un estudio involucró a un grupo de profesionales de la enfermería. El 35,2% de las lesiones por humedad fueron consideradas como úlceras por presión. El 14,8% de úlceras por presión se identificaron como lesiones de humedad y el 16,1% se clasificaron en otra categoría.

**CONCLUSIÓN:** Existen dificultades para diferenciar entre las úlceras por presión y las lesiones por humedad, especialmente dentro de las categorías iniciales. Las enfermeras tienen la percepción de que conocen la clasificación de las úlceras por presión, pero no las clasifican correctamente.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADO, PREVENCIÓN, LESIÓN, ÚLCERA POR PRESIÓN.

## COLEDocolITIASIS CON REACCIÓN PANCREÁTICA SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA JOSEFA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA ELENA ESTÉVEZ LORENZO, MARIA CARMEN MARTIN PRIETO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón que acude a Urgencias por cuadro de 3 días de evolución consistente en dolor epigástrico irradiado a flanco derecho y espalda, no relacionado con las comidas ni modificado con las posturas y que cede solo parcialmente con paracetamol. Asocia sensación de distensión abdominal, así como orinas que describe como coléricas, tinte amarillento conjuntival. Niega náuseas, vómitos o alteración del ritmo intestinal. No se ha termometrado fiebre, aunque sí describe sensación distérmica hace dos noches. Describe las digestiones como pesadas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 194/104 mmHg, FC: 85 lpm, T<sup>o</sup>: 36 °C, Sat O<sub>2</sub> (0.21): 99%. Muy buen estado general. Alerta, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Ictericia conjuntival, normohidratada y normoperfundida. ACR: tonos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, molestia a la palpación a nivel de epigastrio, sin defensa ni peritonismo. RHA normales. Blumberg y Murphy negativos. Sin edemas en miembros inferiores. Analítica: Hb13 g/dL, Hto 39.8%, VCM 82.5, 9120 Leucos con 71,1% de PMN y 21.9% De L, 170000 plaquetas; glucemia 100, urea 22, creatinina 0.46, BT 3.97 (BD 2.47, BI 1.5), GOT 72, GPT 489, amilasa 227, LDH 181, sodio 136, potasio 3.60. PCR: 60.3 Mg/L. Coagulación: AP 115.6%, TTPA 27.9 Seg. Sedimento de orina: proteínas 50 mg/dL, urobilinógeno 2 mg/dL, bilirrubina 3 mg/dL; leucos y nitritos negativos. Ecografía abdominal: Hígado homogéneo sin evidencia de lesiones focales. Vesícula distendida con coledocolitiasis de 3 cm y paredes no engrosadas. Murphy ecográfico negativo. Marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y abundante material ecogénico móvil en el colédoco distal compatible con coledocolitiasis. Páncreas de tamaño y morfología normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Coledocolitiasis, con reacción pancreática secundaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, las pruebas complementarias, una historia detallada del paciente se diagnóstica Coledocolitiasis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Cursamos ingreso en planta. Solicitamos analítica general y colangio RMN. Solicitaremos CPRE en planta.

**CONCLUSIONES:** La Coledocolitiasis es la presencia de cálculos en la vía biliar principal.

**PALABRAS CLAVE:** COLEDocolITIASIS, ABDOMEN, PÁNCREAS, DOLOR.

## ACTUACIÓN ANTE GRAN ANEURISMA DE FÍSTULA ARTERIO VENOSA

SOLEDAD MARÍA GARRIDO RUEDA, JOSE FRANCISCO JIMENEZ MARMOL, MARIA DEL CARMEN MISA GALLERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 39 años en tto de HD desde hace 9 años y portador de Fístula autóloga humerocefálica izquierda desde entonces, es remitido por nefrología por presentar dilatación aneurismática importante con una zona de adelgazamiento de la piel, tras el resultado de las múltiples punciones para las sesiones de HD. Se teme un estallamiento con hemorragia masiva. Además el paciente refiere dolor y parestesias en el brazo que se extienden a la mano. Antecedentes personales: NO AMC , HTA, Dislipemia mixta, ERC secundaria a Glomerulonefritis. Tto habitual: Alopurinol 10mg, EPO 5000, omeprazol 20mg, bisoprolol 5mg, simvastatina 20mg, amlodipino 10mg.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: el paciente está consciente, orientado, colaborador, hidratado y eupneico. CTES: TA:135/75mmg FC: 65 lpm. La exploración de FAVI muestra dos dilataciones aneurismáticas pulsátiles siendo la más distal a la anastomosis de un diámetro de 10cm. Es valorada por cirujano vascular y realiza Ecografía doppler que confirma la lesión vascular.

**JUICIO CLÍNICO:** Aneurisma Gigante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según la anamnesis y la evidencia de la exploración, se confirma el aneurisma. Se descartó también una TVP, hematoma interno u otra tumoración de la zona.

**CONCLUSIONES:** El paciente, se ha de intervenir de forma urgente por cirugía vascular ante el compromiso vital por rotura. Se le coloca prótesis de PTFE. Los aneurismas son una complicación que suelen aparecer con una frecuencia de entre un 5-8% y son dilataciones vasculares localizadas por degeneración del colágeno de la pared vascular, afectando a los homo y heteroinjetos tanto en FAVi autólogas como protésicas. El peligro de rotura espontánea en un sitio de afinamiento marcado de la piel a consecuencia de punciones repetidas constituye una indicación para tomar una solución quirúrgica rápida empleándose diversas técnicas.

**PALABRAS CLAVE:** ANEURISMA, ARTERIOVENOSA, FÍSTULA, HEMODIÁLISIS, PRÓTESIS.

## ABORDAJE DE UN PACIENTE CON ADENOPATÍAS

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA ISABEL GALVEZ CANO, MANUELA CEBRIAN ARROYO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 48 años de edad, natural de Senegal, reside en España desde 2003. Sin antecedentes clínicos de interés. Embarazos en 2006 y 2008, con seguimiento en centro de salud y ginecología. Intervenida en 2016 de histerectomía subtotal por útero polimiomatoso. Acude a consulta porque desde hace dos semanas ha notado unos bultos en la nuca. Además refiere que en el último año ha perdido unos diez kilos sin dieta ni pérdida de apetito.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tensión Arterial 120/75, Temperatura 36.7°C, Frecuencia Cardíaca 85lpm. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, exploración neurológica sin focalidad en el momento de la exploración. Auscultación cardio-respiratoria, tonos rítmicos y rudos, sin soplos ni extratonos, con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. A la palpación en zona de la nuca se tocan dos tumoraciones que impresionan de adenopatías, de unos 2 centímetros de diámetro, consistencia blanda, no adheridas a plano y dolorosas. También se encuentran a nivel submandibular y en regio inguinal izquierda, resto de exploración sin hallazgos. Se solicita analítica con perfil de enfermedades de transmisión sexual, se deriva a consulta de medicina interna.

**JUICIO CLÍNICO:** VIH Categoría 2. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Procesos inflamatorios locales, síndrome paraneoplásico.

**CONCLUSIONES:** La aparición de adenopatías, la pérdida de peso asociada, nos hizo pensar en enfermedad de transmisión sexual. La paciente había tenido contacto hacia un año con su marido que vive en Senegal actualmente, donde la prevalencia de VIH es muy parecida a España. Es muy importante la educación sexual, actualmente existen programas en activo para llegar a todos los ciudadanos para poder frenar el avance de este tipo de contagios.

**PALABRAS CLAVE:** VIH, TRANSMISIÓN SEXUAL, PÉRDIDA DE PESO, ADENOPATÍA.

## INFECCIÓN RESPIRATORIA NO CONDENSANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA JOSEFA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARIA CARMEN MARTIN PRIETO, MARÍA ELENA ESTÉVEZ LORENZO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 87 años que acude a urgencias por deterioro del estado general progresivo de 4-5 días de evolución consistente en debilidad generalizada, hiporexia y tos con expectoración de color marrón, herrumbrosa. Asocia además disminución del ritmo de diuresis, con disnea con edematización progresiva de miembros inferiores y aumento del perímetro abdominal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mal estado general, consciente y desorientada. Deshidratación de piel y mucosas, palidez cutáneo mucosas. TA 131/59 mmHg, FC118 lpm, afebril. Sat O2 96% con gafas nasales a 2lx. Eupneica en reposo con trabajo respiratorio abdominal leve. Diuresis 700 cl. ACR: tonos cardíacos rítmicos. MVC con abundantes roncus. ABD distendido, doloroso a la palpación profunda, sin masas ni megalias. Muy timpanizado. No defendido. MMII edematizados. No signos de TVP. Neurológico: sin signos de meningismo ni rigidez de nuca, pares craneales sin alteraciones. PINLA y MOEC, movilidad conservada en las cuatro extremidades. Analítica: glucosa 134, urea 282, creat. 4,49, Proteínas 6,4, bilir. 0,4, Amilasa 143, LDH 206, Na 126, K 5,5, Ca 8,5, BNP 45, hemoglobina 8,1, leucoc. 18.240 Con 90% neutrófilos, plaq. 188.000. Coagulación con INR 1,44, TP 52%, PCR 177,6. Analítica posterior:Hb 6,4, leucoc. 16.400 Con 85% neutrófilos, plaq. 138.000. Creat. 4,85, Na 124, K 5, PCR 182. Urianálisis: 25 leucos, hematíes +, proteínas 50, Creat. 114, Na 15. FENA 0,47%. Gasometrías: 1º: pH 7,25, CO2 38, O2 61, láctico 2,2.2º: PH 7,29, CO2 34, O2 57, láctico 2,49. RX tórax: pérdida de volumen de ambos hemitórax, cardiomegalia, signos de revascularización cefálica, pinzamiento de seno costofrénico anterior derecho, sin infiltrados ni condensaciones en parénquima pulmonar. ECO abdomen normal. TAC normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección respiratoria. Insuficiencia renal aguda de origen prerrenal, acidemia metabólica e hiponatremia moderada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, las pruebas complementarias, una historia clínica detallada del paciente se diagnóstica infección respiratoria.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ajustamos tratamiento, solicitamos analítica y gasometría para mañana y pendiente de cultivo de esputo.

**CONCLUSIONES:** Las infecciones respiratorias son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias, constituyen un importante problema de salud pública.

**PALABRAS CLAVE:** INFECCIÓN, ABDOMEN, RESPIRACIÓN, DISNEA.

## **IMPORTANCIA DE LA FASE PREANALÍTICA EN EL ANÁLISIS DE GASES EN SANGRE EN EL LABORATORIO CLÍNICO: EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA**

EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS, ADRIANA HURTADO MIRANDA

**INTRODUCCIÓN:** La elección del lugar adecuado para la extracción de muestras de sangre debe realizarse con control clínico. El análisis se puede hacer en sangre arterial, capilar o venosa. Utilizamos jeringas de vidrio, plásticos o tubos capilares. El anticoagulante es la heparina de litio balanceada con calcio.

**OBJETIVOS:** Conocer los materiales, el tipo de muestra, el anticoagulante y la forma correcta de hacer la extracción para obtener resultados fiables.

**METODOLOGÍA:** He consultado la guía Siemens “Análisis Rapid”- gases en sangre y algo más. Centrándome en la forma correcta de obtener la sangre, destacar los errores más frecuentes y cómo puede afectar a los resultados obtenidos.

**RESULTADOS:** El intercambio de gases de la muestra sanguínea con el aire ambiental influye considerablemente en los gases sanguíneos. Por ello, se debe considerar cuidadosamente una extracción anaeróbica y el uso de anticoagulantes indicado. Para la obtención de sangre capilar se debe aumentar la irrigación en el tejido y el extremo de los tubos capilares debe llegar directamente a las gotas de sangre, reduciendo el intercambio de gases con el aire. Con las jeringas de vidrio, esta contaminación con el aire es mínima. Con las de plástico, la permeabilidad al gas puede ser una fuente de error si se deja demasiado tiempo entre la extracción y el análisis. Se usa como anticoagulante heparina de litio. La heparina líquida, aumenta el volumen de las muestras y esto reduce la concentración de los constituyentes medidos.

**CONCLUSIÓN:** Podemos obtener una muestra de sangre arterial, capilar o venosa. En caso de no utilizar jeringuillas de vidrio, el análisis debe realizarse de inmediato, debido a la permeabilidad del plástico a los gases. Como anticoagulante usamos heparina de litio balanceada con calcio, porque reduce la unión de los electrolitos y optimiza la precisión de las mediciones.

**PALABRAS CLAVE:** GASES, SANGRE, EXTRACCIÓN, HEPARINA, JERINGA.

## CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DISNEA AGUDIZADA Y ORTOPNEA EN PACIENTE CRÓNICO

EVA GARCÍA JIMÉNEZ, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 43 años que acude al servicio de urgencias por empeoramiento de su disnea en la última semana junto con ortopnea que le obliga a dormir en sedestación y mayor edematización de MMII. Refiere tos con mucosidad blanquecina, sin fiebre ni otra semiología infecciosa. Transgresiones dietéticas. HTA mal controlada en domicilio. Niega otra sintomatología. Antecedentes personales: Esquizofrenia paranoide de larga data, de difícil control ambulatorio. HTA. DM tipo 2 con complicaciones microangiopáticas. SAOS con CPAP. TVP en 2008, en tratamiento con sintrom. Obesidad morbida. Fumador 5 paq/día. NAMC.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** PA 186/97. FC 85. Afebril. SatO<sub>2</sub> (aa) 78--&gt; gn 2 lpm 93%. Diuresis (en botella) 100 ml/h. AEG, consciente, orientado, bien hidratado, obesidad morbida, eupneico en reposo a 16 rpm, sin tiraje ni trabajo respiratorio. ACR: tonos cardiacos rítmicos, no soplos. MVD de forma global con crepitantes bibasales sin otros ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, depresible, no doloroso a la palpación, no defensa ni peritonismo. RHA conservados. Hernia umbilical sin datos de complicación. MMII: edemas con fóvea ++/+++ hasta rodilla y zonas declives hasta raíz de muslos. Ecocardiograma VI de diámetro en límite superior de la normalidad con FEVI normal. Aurícula izquierda dilatada. Hipertensión pulmonar severa con VD dilatado con FEVD conservada. Insuficiencia tricúspide moderada.

**JUICIO CLÍNICO:** Primer episodio de cor pulmonale descompensado en paciente con hipertensión pulmonar severa de causa multifactorial (SAOS, síndrome de obesidad-hipoventilación, EPOC... ) Sin clara causa descompensatoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Edemas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Cama semiincorporada a 45&ordm;, debe levantarse al sillón en cuanto tolere. Oxígeno en gafillas nasales a 2 lpm. Dieta baja en sodio que tolere. Tratamiento pautado en prisma.

**CONCLUSIONES:** Para abordar los edemas es importante conocer en qué momento aparece el edema, si se produce con los cambios de posición, si es unilateral o bilateral y también debe incluir datos sobre los medicamentos que recibe el paciente y las enfermedades sistémicas existentes.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, ORTOPNEA, CUIDADOS ENFERMEROS, EDEMAS.

## EL FROTIS SANGUÍNEO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

ADRIANA HURTADO MIRANDA, EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS

**INTRODUCCIÓN:** El laboratorio de urgencias se caracteriza por su rapidez en el manejo de las muestras y asimismo, en el diagnóstico de muchas enfermedades como la continuidad de las mismas. El frotis sanguíneo es algo sencillo de realizar y a la vez es determinante para corroborar los datos del análisis como también observar aspectos que no se contemplan en los valores obtenidos del análisis.

**OBJETIVOS:** Analizar el uso del frotis para ayudar al diagnóstico clínico del paciente.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores, las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Se extrae con el uso de la micropipeta una gota de sangre que se deposita en uno de los portaes y con un segundo porta se desliza por encima de la muestra para hacer una extensión, lo ideal es una extensión fina. A continuación se fija la muestra y se tiñe con los distintos colorantes, que son cruciales para poder observar por último al microscopio las distintas células sanguíneas con los diferentes colores característicos de cada tipo celular. Cuando se tiene el frotis sanguíneo ya realizado, se añade una gota de aceite de inmersión y con el objetivo de 100x se consigue que todos los haces de luz de la lámpara se concentre hacia la muestra. Se observan células de la serie roja y de la serie blanca con el contraste de colores, azul-malva por el azul de metileno y roja por la eosina. La exploración se hace por campos de la muestra, siendo lo más importante la parte de la cola, donde las células estarán más separadas y se podrán observar de mejor forma.

**CONCLUSIÓN:** Se concluye que el frotis sanguíneo es crucial para corroborar datos alterados del análisis de sangre, ya que con su observación directa a través del microscopio óptico podemos determinar una trombopenia, neutrofilia, e incluso leucemia, entre otras enfermedades.

**PALABRAS CLAVE:** FROTIS, URGENCIAS, MICROSCOPIO, CÉLULAS, DIAGNÓSTICO.

## **INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA CAUSADA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA**

INES SPINOLA MIÑAN, INMACULADA MEDINA LOPEZ, LUIS JOSÉ PÉREZ CONTRERAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 75 edad con cuadro agudo de una semana de evolución, consistente en incremento de su disnea habitual de moderados – grandes esfuerzos, asociando sibilancias y escasa tos productiva, tratada ambulatoriamente con broncodilatadores y corticoides. Antecedentes personales de HTA, FA paroxística anticoagulada. Insuficiencia cardíaca crónica. Situación basal: Vive con su esposo. Vida activa en domicilio, autónoma. Posible deterioro cognitivo incipiente. Hace tres días los síntomas agravan y presenta repentinamente disnea intensa de reposo, trabajo respiratorio, intolerancias al decúbito y cierta edematización de MMII, sin disminución de volumen de diuresis. En urgencias (180/100mmHg), hipoxemia (sat. O<sub>2</sub> basal 90%, Po<sub>2</sub> 52mmHg), taquicardia a 127 lpm y fiebre de 38°C.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. Asténica ,poco colaboradora. Bien perfundida e hidratada. Eupnéica en decúbito, aunque lo tolera mal, desarrollando taquipnea y espiración activa prolongada abdominal. Tonos arrítmico taquicárdicos, murmullo vesicular conservado con crepitantes inspiratorios. Miembros inferiores con edemas leves, fóvea, pulsos pedios presentes. Análisis: Glucosa 93; Urea 47; Creatinina 0,93 mg/Dl; Sodio 138; Potasio 3,6 mEquiv/L; Calcio 9,2mg/Dl; PCR 6,1mg/L ; Troponina 0,01 ng/mL; Hemoglobina 13,1 g/Dl; Hematocrito 40,9%; Plaquetas 180.000 ; Leucocitos 14.450/Mm<sup>3</sup>. Gasometría arterial basal: Po<sub>2</sub> 50, Pco<sub>2</sub> 38 mmHg, PH 7,47, satO<sub>2</sub>91,2% Orina: Nitritos, leucocitos positivos ECG: FA. RX Tórax: Gran cardiomegalía.

**JUICIO CLÍNICO:** Insuficiencia cardiaca, descompensada por infección respiratoria y episodio de fibrilación auricular (paroxística) rápida, en Insuficiencia respiratoria aguda no hipercápnica.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de anamnesis, pruebas complementarias e historia clínica detallada de la paciente se diagnostica insuficiencia cardíaca.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se acuerda ingreso en planta para estabilización clínica y vigilancia. Se dejan nuevas peticiones de análisis clínicos e interconsulta con hematología.

**CONCLUSIONES:** La insuficiencia cardíaca (IC) es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo; si lo logra, lo hace a expensas de una elevación anormal de la presión de llenado de los ventrículos cardíacos.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, TOS, TAQUIPNEA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

## ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA DEL HEMOCULTIVO EN MICROBIOLOGÍA

LORENA LLERENA GARCIA, ARANZAZU DIEZ BAQUERO

**INTRODUCCIÓN:** Se emplea en el diagnóstico de sepsis (envenenamiento de la sangre), principalmente para confirmar o descartar bacteremias y fungemias, para ello se utiliza los viales de hemocultivo (viales con medios y características óptimas para la proliferación microbiana), considerándose una de las muestras más relevantes del laboratorio de microbiología clínica.

**OBJETIVOS:** Conocer la importancia de la sección de hemocultivo dentro del laboratorio de microbiología clínica.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda en diversas base de datos (Scielo, mediagraphic) , así como en publicaciones y artículos relacionados con el tema seleccionado, obteniendo una selección de la información con los descriptores: Hemocultivo, microbiología, bacteremias, fungemias, sepsis y laboratorio.

**RESULTADOS:** La toma de muestra es obtenida mediante una punción aséptica y diferente que determinará la presencia de microorganismos en sangre, permitiendo aislar al agente o agentes causales que en casos de septicemia nos lo confirma en patologías diversas. Debido a la contaminación frecuente en los dispositivos también puede ayudar el cultivo del catéter intravascular utilizado para la obtención de la muestra. La muestra debe ser recogida en dos o tres viales / 24 horas.

**CONCLUSIÓN:** El hemocultivo actualmente continúa siendo el mejor procedimiento de apoyo al diagnóstico, tanto para identificar y aislar el microorganismo responsable de los procesos infecciosos como de contaminaciones u otras patologías independientes a sepsis.

**PALABRAS CLAVE:** HEMOCULTIVO, BACTEREMIA, FUNGEMIA, SEPSIS, MICROBIOLOGÍA.

## **IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENTREVISTA CLÍNICA DE VALORACIÓN INICIAL EN EL PROCESO ENFERMERO**

MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ, MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** El proceso enfermero es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Se divide en cinco partes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para poder obtener los datos para una correcta valoración contamos con la capacidad de observación, con los exámenes físicos y con la entrevista clínica, por lo que es en esta última donde nos centraremos.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia del personal sanitario en la entrevista clínica en la valoración inicial del proceso enfermero.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica del Manual del técnico de cuidados auxiliares de enfermería del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) 2017. Los descriptores utilizados fueron: Importancia, TCAE, entrevista, clínica, proceso, enfermero.

**RESULTADOS:** La entrevista clínica es el método de más importancia en lo que respecta a la obtención de datos. Para realizar una adecuada entrevista clínica estableceremos primero un buen contacto con el paciente y segundo, propiciaremos una óptima relación. Con todo ello conseguiremos el resto de objetivos entre los que están: conocer la naturaleza de los problemas del paciente, identificar sus sentimientos sobre su dolencia o sus habilidades para afrontarlas. Deberá estar protocolizada adaptándola a las particularidades de cada servicio.

**CONCLUSIÓN:** Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, tenemos un contacto estrecho con los pacientes. Ese contacto ayuda a poner en práctica las conexiones empáticas y éticas que predispongan favorablemente a la relación asistencial.

**PALABRAS CLAVE:** IMPORTANCIA, TCAE, ENTREVISTA, CLÍNICA, PROCESO, ENFERMERO.

## ANÁLISIS SOBRE LA SERIE BLANCA DETERMINANTE EN LA LEUCEMIA

ADRIANA HURTADO MIRANDA, EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, SERGIO MOLINERO SALAS

**INTRODUCCIÓN:** La leucemia es un tipo de cáncer que cursa con anemia, neutropenia, leucocitosis y otros. Ocurre cuando ciertas células se vuelven cancerosas y llegan hasta la médula ósea, lugar donde se producen las células sanguíneas. Las células sanguíneas podemos clasificarlas según su morfología, color y funciones. En este caso, hablaremos de la serie blanca, cuya función es combatir infecciones o cuerpos extraños, dentro de la misma hay distintos tipos celulares como neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfocitos y monocitos.

**OBJETIVOS:** Determinar el diagnóstico de leucemia a partir de un análisis de sangre convencional y la observación de las células al microscopio.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Se obtiene la muestra de manera convencional, una extracción de sangre del brazo o bien, si se tiene ya corroborado que la persona puede padecer leucemia, se hace una punción de médula ósea en el esternón para a posteriori hacer frotis sanguíneos y observar las células al microscopio. Una vez realizada la extracción se hace el análisis y se obtienen unos valores bajos de hemoglobina, un nivel alto de leucocitos (leucocitosis) aunque a veces hay niveles bajos (leucopenia), niveles bajo de plaquetas (trombopenia). Si existe fiebre en el paciente, sangrado en encías y nariz, como sensación de cansancio y ahogo.

**CONCLUSIÓN:** Podemos concluir que un análisis básico de sangre, niveles altos-bajos de leucocitos, anemia y trombopenia, junto con la observación de la muestra al microscopio y unos síntomas característicos como ahogo y debilidad, se da como positivo el diagnóstico de leucemia.

**PALABRAS CLAVE:** CÁNCER, LEUCEMIA, SERIE BLANCA, ANÁLISIS, MÉDULA.

## AMIGDALITIS INFECCIOSA POR VIRUS EPSTEIN-BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO

BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA RIESTRA ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 20 años de edad que acude a urgencias refiriendo que consultó hace 2 días en su médico de familia por síndrome febril con odinofagia. Ha estado realizando tratamiento con amoxicilina. Hoy acude por rash cutáneo, empeoramiento de síntomas con persistencia de fiebre hasta 38,8°C y persistencia de odinofagia lo que le dificulta la ingesta incluso de líquidos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente presenta buen estado general. Acude deambulando por su propio pie. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos y puros, a buena frecuencia, sin extratonos ni soplos audibles. Buen murmullo vesicular, en ambos hemitórax, sin ruidos patológicos. Orofaringe hiperémica, con exudados pultáceos grisáceos e hipertrofia amigdalina bilateral. Úvula centrada, sin edema. No petequias en velo de paladar. Otoscopia: signo del trago negativo. Signo de la tracción de pabellón auricular negativo. Conductos auditivos externos normocoloreados. Tímpano sin retracciones ni abombamientos. Presenta rash cutáneo generalizado que desaparece a la digitopresión. Control de constantes vitales: Tensión Arterial 120/80 mmHg Frecuencia Cardíaca 70 lpm Frecuencia Respiratoria 15 rpm Saturación O<sub>2</sub> 99% Afebril 36,8°C Canalización de vía periférica venosa con extracción analítica completa; hemograma, bioquímica, coagulación y serología. Resultado de serología positiva a virus de Epstein-Barr de mononucleosis infecciosa.

**JUICIO CLÍNICO:** Amigdalitis interna con intolerancia a la vía oral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Amigdalitis infecciosa por virus Epstein-Bar (mononucleosis infecciosa).

**PLAN DE CUIDADOS:** Constantes vitales por turnos. Dieta absoluta. Reposo en cama semiincorporada. Administración de sueroterapia glucosalina endovenosa 2000ml c/24h. Administración de antitérmicos, analgésicos, protector gástrico y corticoides.

**CONCLUSIONES:** Existe una mala concepción en urgencias de banalizar los focos de fiebre sin infección. Pero en este caso clínico, podemos observar la importancia de identificar el foco y tipo de virus o bacteria que produce la fiebre ya que el personal de enfermería es el profesional que mayor tiempo está en contacto con el paciente y debe de tomar una serie de medidas de protección para evitar la diseminación.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS ENFERMERÍA, AMIGDALITIS, VIRUS EPSTEIN-BARR, INFECCIÓN.

## **IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ESPUTOS**

MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES, MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** Es una prueba muy utilizada en los centros sanitarios, consiste en la toma de una muestra de esputo obtenido, bien de forma espontánea, tras un acceso de tos, o bien, mediante el uso de aparatos para inducir el esputo. Se utiliza tanto para estudio microbiológico como microbiológico, este último estudio tiene como finalidad aislar al posible germen infeccioso.

**OBJETIVOS:** Revisar la información disponible acerca del tema que nos ayude a: Realizar un correcto diagnóstico de la infección o proceso patológico. Identificar el germen causante de la investigación y el antibiótico más indicado para su tratamiento. Descartar patologías, que debido a la sintomatología, se crea que había presencia en el paciente. Facilitar las herramientas al personal facultativo.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica del texto de referencia del Manual de Enfermería editorial MAD e Higiene del Medio Hospitalario editorial EDITEX. Los descriptores utilizados fueron: Importancia, TCAE, Recogida, Muestra, Biológicas y Espustos.

**RESULTADOS:** El esputo es un exudado más o menos purulento que contiene producto procedente de los bronquios o pulmones. Es una prueba útil para detectar tumores o infecciones de diversos organismos. La muestra debe ser obtenida en perfectas condiciones. Correcta higiene bucal. El paciente deberá arrancar el esputo de secreciones más inferiores. Se recogerá en la primera hora de la mañana.

**CONCLUSIÓN:** Como Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, estamos en contacto directo con el paciente en la obtención de muestras de expectoración natural, y en ayuda al personal enfermero y facultativo en la obtención de expectoración inducida. Intentando el método de ayuda personalizado atendiendo las necesidades psicológicas y fisiológicas de cada paciente.

**PALABRAS CLAVE:** IMPORTANCIA, TCAE, RECOGIDA, MUESTRA, BIOLÓGICAS, ESPUTOS.

## TRIAJE EN ACCIDENTES CON MÚLTIPLES AFECTADOS

ASUNCION ONTAÑON CAVALLE, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, VANESSA GARCIA PINTUELES

**INTRODUCCIÓN:** Actuar con rapidez en el lugar del suceso, clasificar a los heridos según su grado de gravedad y atender a las víctimas de mayor gravedad es el propósito de un buen triaje.

**OBJETIVOS:** Estudiar la información acerca del correcto proceso de evacuación y clasificación de las víctimas en el caso de accidentes con múltiples afectados permite, con el fin de priorizar el orden de atención o evacuación, con los medios disponibles, en caso de accidente.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica teniendo en cuenta los siguientes descriptores: triaje, evacuar, priorizar, supervivencia.

**RESULTADOS:** La atención de los heridos en base a la gravedad de cada paciente, conseguir la supervivencia de estos con los medios disponibles y basarse en el plazo terapéutico, es el cometido principal de un triaje. Tras el reconocimiento se clasifica a los heridos con tarjetas. ROJO= EXTREMA URGENCIA, AMARILLO= URGENTE, VERDE= NO URGENTE. El tiempo máximo que se debe usar para cada víctima es por persona fallecida 30 segundos, leves 1 minuto y graves 3 minutos. En este momento ya se van colocando las tarjetas correspondientes con su color respectivo siempre en el brazo o pierna, nunca en la ropa o el calzado. Las características de un buen triaje son ser rápido, preciso, completo, continuo, dinámico y debe basarse en el plazo máximo que puede retrasarse el tratamiento a un paciente. Conseguir el mayor número de supervivientes en un caso de accidentes con múltiples afectados.

**CONCLUSIÓN:** En situaciones de demanda masiva, atención a múltiples víctimas o desastres, se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos, realmente cuando nos encontramos ante un desastre así hay que ser contundente y tener las ideas claras para conseguir los mejores resultados del triaje.

**PALABRAS CLAVE:** TRIAJE, PRIORIZAR, EVACUACIÓN, SUPERVIVENCIA.

## TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ESPUTOS

MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES, MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ

**INTRODUCCIÓN:** El transporte de muestras biológicas de esputos requiere desarrollar sistemas adecuados para su envío, y a su vez necesita de un sistema de información eficiente para la obtención de resultados. Requiere un sistema de información eficiente de obtención de resultados. El envío se realizará con la mayor seguridad y han de seguirse las guías de calidad establecidas. Es importante: Utilizar recipiente adecuado para la toma de muestras. Número de muestras y tiempo de toma. Manejo de muestra y envío o referencia. Identificación y etiquetado de las muestras.

**OBJETIVOS:** Comprobar el proceso de transporte de muestras de esputos.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica del texto de referencia del Manual de Enfermería editorial MAD e Higiene del Medio Hospitalario editorial EDITEX. Los descriptores utilizados fueron: Transporte, muestras, biológicas y esputos.

**RESULTADOS:** Las muestras para su transporte deberán llegar al laboratorio con las garantías de temperatura y tiempo indicado. El recipiente que contiene la muestra ha de ser estéril, e irá acompañado de la identificación del paciente, código de la muestra, fecha y hora de la toma, tipo de muestra y pruebas solicitadas, indicando si el paciente está tomando antibiótico, concordancia con el volante de solicitud etc. Se realizarán con la mayor brevedad para evitar que se alteren las pruebas dando errores en el diagnóstico.

**CONCLUSIÓN:** Como Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería estamos en contacto directo con la preparación para el posterior transporte en envases que se ajusten a las medidas de calidad establecidas.

**PALABRAS CLAVE:** TRANSPORTE, MUESTRAS, BIOLÓGICAS, ESPUTOS.

## **FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA OXIGENOTERAPIA**

MARÍA DOLORES COLLANTES LÓPEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES

**INTRODUCCIÓN:** Es una técnica terapéutica que aporta al paciente aire con una concentración determinada de oxígeno para aumentar el contenido de éste en la sangre y los tejidos. Con la oxigenoterapia aumentamos la concentración de oxígeno del aire que siempre será superior al 21%.

**OBJETIVOS:** Revisar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso de oxigenoterapia.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica del texto de referencia de “Técnicas básicas de enfermería” editorial EDITEX. Los descriptores utilizados fueron: Función, TCAE, relación oxigenoterapia.

**RESULTADOS:** Indicaciones de la oxigenoterapia: en todas aquellas situaciones en que se dé un cuadro de hipoxemia, exista o no hipercapnia (Insuficiencia respiratoria, estados de shock, intoxicaciones, anemias severas, hemorragias, asfixias, afecciones pulmonares, insuficiencia cardíaca, obesidad, lesiones del sistema nervioso central en las que se produzcan afectación directa del centro respiratorio). Pautas de comportamiento del TCAE con respecto al material de la oxigenoterapia: Retirar las fuentes de combustión. No usar aceite, alcohol u otras sustancias inflamables con el enfermo que recibe la oxigenoterapia. Comprobar el flujo y la concentración de oxígeno. Rellenar el agua del humidificador. Los equipos de oxigenoterapia son una fuente de potencial de infección, colaborar con el cambio y reposición. Vigilar que no se produzcan acodamientos. Con respecto al paciente sometido a oxigenoterapia: Vigilar el ritmo, la frecuencia y la amplitud de la respiración. Comprobar que no exista dificultad respiratoria. Observar si hay presencia de sudoración. Comprobar el estado de la conciencia y la aparición de cefaleas. Mantener al enfermo en la posición de Fowler.

**CONCLUSIÓN:** Como Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería nuestra labor es indispensable en cuanto a observación y mantenimiento, pero ante cualquier signo anómalo, avisar rápidamente al diplomado de enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** FUNCIÓN, TCAE, OXIGENOTERAPIA, RELACIÓN.

## URGENCIAS: PACIENTE CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO

SANDRA MUÑOZ GARCÍA, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO JUAREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 33 años sin antecedentes de interés acude por tener pirosis intensa y vómitos en posos de café 3-4 veces. Se refiere muy estresada. Fumadora 20 cigarrillos diarios. No ingesta habitual de alcohol. No alteraciones torácicas ni otra clínica asociada. Última ingesta ayer por la noche.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** PA Sistólica: 105 mmHg PA Diastólica: 92 mmHg. Tª: 36,2 °C. Frecuencia Cardíaca: 78 lpm. Buena coloración e hidratación de piel y mucosas. No adenopatías cervicales. Abdomen blando, no doloroso, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: No hemorroides externas, tono esfínter normal. Dedo de guante con restos de heces sin sangre Se le cita para Gastroscoopia.

**JUICIO CLÍNICO:** Posible Úlcera Gástrica (paciente citada para gastroscopia). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Después de realizar la gastroscopia digestiva el diagnóstico es reflujo gastroesofágico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se recomienda Realizar comidas pequeñas y frecuentes, evitar el café y alimentos ácidos (tomate, lechuga..), Comer tres horas antes de acostarse, elevar cabecera de la cama, dejar de fumar.. Medicación: Esomeprazol 40mg mañana y noche durante una semana, posteriormente 1 por la mañana. Volver al médico de cabecera al mes para ver evolución.

**CONCLUSIONES:** Por los síntomas en un principio se cree que la paciente pudiera tener una úlcera gástrica ya que refiere haber vomitado posos de café, pero al realizar la gastroscopia no se ve úlcera pero si anomalías en el revestimiento del esófago estando este anormalmente relajado facilitando el reflujo de los ácidos gástricos del estomago y produciendo inflamación en la mucosa.

**PALABRAS CLAVE:** REFLUJO, ESTOMAGO, ESÓFAGO, ÁCIDO.

## **PACIENTE ADULTO EN URGENCIAS CON HERPES ZOSTER**

SANDRA MUÑOZ GARCÍA, BENITO MAURO JUAREZ, MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 42 años que acude a la consulta médica de urgencias por dolor punzante en el pecho, se le irradia desde el costado izquierdo del borde esternal hasta la columna dorsal que persiste desde hace dos días. No refiere vómitos. Sensación de malestar general. Refiere escalofríos. Fumador, no bebedor habitual.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 140/71. Frecuencia cardíaca 92. Tº: 37,9. Exploración Física: Vesículas sobre una base eritematosa en zona dolorosa en forma de racimos, similar a los de la varicela.

**JUICIO CLÍNICO:** Por los signos clínicos del paciente parece ser un Herpes Zoster, se realiza Serología para confirmar ya que no recuerda si ha pasado o no la varicela, ni si ha sido vacunado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras exploración física, sintomatología y resultado de la serología se confirma que el paciente padece de Herpes Zoster.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se le receta Brivudina 1 dosis diaria durante 1 semana. Analgesia cada 8 horas (paracetamol). Se le da consulta para oftalmología y neurología por posibles complicaciones. Se le vuelve a citar para atención primaria para dentro de una semana para ver evolución.

**CONCLUSIONES:** El Herpes Zoster es la reactivación del virus de la varicela. Su tratamiento es paliativo por medio de analgésicos para el dolor y antivirales para detener la infección.

**PALABRAS CLAVE:** HERPES ZOSTER, VARICELA, VESÍCULA, SEROLOGÍA.

## DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE DOWN A TRAVÉS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, ADRIANA HURTADO MIRANDA, SERGIO MOLINERO SALAS

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Down es una de las alteraciones cromosómicas y genéticas más comunes. Se denomina también Trisomía 21, se caracteriza por una copia extra del cromosoma 21. Afecta al desarrollo y al cerebro de la persona que presenta este síndrome. El líquido amniótico es el fluido en el que está inmerso el feto en el útero materno. Se realizan pruebas como la madurez fetal, alteraciones anatómicas, trastornos metabólicos, eritroblastosis fetal, determinación del sexo fetal, entre otras pruebas. La amniocentesis se realiza habitualmente entre las semanas 16-18 de gestación y junto al análisis de sangre son pruebas a realizar. A partir de la realización de las pruebas del líquido amniótico, determinar si el feto puede presentar o no síndrome de Down.

**OBJETIVOS:** Conocer el proceso de amniocentesis con el fin de la detección del síndrome de Down.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en bases de datos relacionadas con la medicina, utilizando descriptores propios de la temática a tratar.

**RESULTADOS:** En la amniocentesis se obtiene el líquido amniótico por punción abdominal, se extraen unos 10-20 mL. A continuación se realiza el análisis en el laboratorio para comprobar los valores en condiciones normales. Además se realiza un análisis de sangre convencional para obtener los valores de las hormonas características del embarazo como por ejemplo HCG. En el síndrome de Down se obtienen unos valores muy elevados de gonadotropina coriónica (HCG), valores bajos de alfafetoproteína (AFP) y valores bajos de estriol no conjugado. En el caso de no presentar síndrome de Down los valores de HCG serán más bajos y AFP y estriol más elevados.

**CONCLUSIÓN:** Se concluye que se puede determinar el síndrome de Down en el embarazo, aunque no es una prueba al 100% fiable, ya que la prueba AFP determina el 35 % de los casos. Asimismo hay que tener en cuenta lo perjudicial que puede llegar a ser la técnica de amniocentesis para el feto. Se entra a valorar la ética y moralidad de la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME DOWN, LÍQUIDO AMNIÓTICO, AMNIOCENTESIS, AFP.

## ANÁLISIS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL LABORATORIO

EUGENIA SEXTO FERNÁNDEZ, ADRIANA HURTADO MIRANDA, SERGIO MOLINERO SALAS

**INTRODUCCIÓN:** El líquido cefalorraquídeo es un líquido transparente que baña el encéfalo y la médula espinal circulando por el espacio subaracnoideo de las meninges, los ventrículos cerebrales y el canal medular. Se produce en los plexos corotídeos de los dos ventrículos laterales y del tercer y cuarto ventrículo. El LCR actúa como fluido protector del SNC, circulación de nutrientes y recogida de productos de desechos.

**OBJETIVOS:** Analizar los diagnósticos a partir de una muestra de líquido cefalorraquídeo.

**METODOLOGÍA:** El LCR se obtiene mediante punción lumbar entre la 3ª y 4ª o entre la 4ª y la 5ª vértebra lumbar. El paciente se debe colocar en posición fetal girado hacia un lado (decúbito lateral). Hay que tener en cuenta la presión de salida del LCR durante la extracción. El volumen normal obtenido será de 7-20 mL, que se recogen en 3 tubos estériles (1-3 mL/tubo). Tubo 1 (estudio bioquímico e inmunológico), tubo 2 (estudio microbiológico) y tubo 3 (estudio citológico).

**RESULTADOS:** En el examen macroscópico mediante su turbidez, viscosidad y color podemos determinar gérmenes, hemorragias subaracnoideas, meningitis meníngeas o criptocólicas. En el examen bioquímico podemos determinar los niveles de glucosa, lactato, proteínas, prealbúmina entre otras, su diagnóstico puede ser poliomielitis, encefalitis, meningitis bacteriana, tumores espinales, entre otras enfermedades. Por último, un examen microscópico con la presencia de leucocitos mononucleares en un escaso número de células pero una mayor cantidad puede originar distintos tipos de meningitis como la vírica, tuberculosa, fúngicas y además la presencia de hematíes dando lugar a hemorragia subaracnoidea.

**CONCLUSIÓN:** Se puede concluir que el análisis de LCR nos determina el tipo de enfermedad que presenta el paciente, por lo que nos ayuda hacer un buen diagnóstico. Asimismo, siendo una obtención de muestra dolorosa, el resultado es 100% concluyente para hacer el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** LÍQUIDO, CEFALORRAQUÍDEO, MUESTRA, DIAGNÓSTICO, MENINGITIS.

## ANTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

YOLANDA SANCHEZ GARCIA, SANDRA GARCIA FERNANDEZ, MARÍA ÁNGELES RUIZ FERNÁNDEZ, CARMEN MARIA HERNANDEZ GARCIA, LIDYA CANOVAS BALASTEGUI, ANA BELEN SANCHEZ RUIZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 20 años de edad, remitido por su médico de cabecera por astenia, pérdida de peso y dolor abdominal. A. P. : No alergias medicamentosas conocidas. Durante la infancia, vómitos frecuentes que motivó su estudio a los 8 años, sin encontrar motivo que justificara los mismos. Dolor abdominal frecuente seguido de deposiciones diarreicas sin productos patológicos de modo intermitente. Este cuadro digestivo se mantiene hasta los 17-18 años, mejorando en los 2 últimos años. E. A. : En los últimos 3 meses refiere dolor abdominal tipo cólico matutino acompañado de deposición diarreica sin p. P. , Seguido de clínica vegetativa. Vómitos intermitentes tras ingesta oral. Astenia progresiva acompañado de 5kg de pérdida de peso. Su médico de cabecera inicia estudio analítico pero ante empeoramiento del cuadro lo remite para estudio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración: C y O, buen estado general, bien hidratado, hiperpigmentación generalizada, más intensa en areolas. No se aprecian lesiones hiperpigmentadas en mucosa oral, labios ni uñas. No adenopatías periféricas. Afebril. TA 100/60. AC y AP normal. Abdomen blando y depresible, sin masa ni megalias. Dolor a la presión profunda en hemiabdomen izquierdo. No defensa abdominal. Ruidos abdominales conservados. Extremidades sin edemas con pulsos simétricos. Exploración neurológica: sin focalidad. Exploraciones complementarias: Analítica: Hemograma:normal. Orina: sedimento normal. Orina de 24h: Cortisol 49 &micro;g/24h. Hormonas: Cortisol 5.5 &Micro;g/dl. Estimulo de Cortisol &rsquo; 6.05 &Micro;g/dl, Cortisol &rsquo; 6.14 &Micro;g/dl. Bioquímica: Urea 55, Ca 11, Na 124-128. Rx tórax: normal. TAC suprarrenales: morfología y densidad normal. ECO abdominal normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Insuficiencia Suprarrenal (IS). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante la sospecha clínica de IS, se consulta con el servicio de endocrino que confirma la sospecha tras la determinación de cortisol basal y tras estímulo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se inicia tratamiento con hidrocortisona y ante la estabilidad clínica se da el alta hospitalaria para continuar control en CCEE de Endocrinología.

**CONCLUSIONES:** IS con tratamiento sustitutivo hormonal con Hidroaltesona 1-1-1 y Losec 1-0-0.

**PALABRAS CLAVE:** INSUFICIENCIA, SUPRARRENAL, ENFEMEDAD, ADDISON.

## **DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA MEDIANTE TEST INMUNOCROMATOGRÁFICO SEMICUANTITATIVO EN SUERO Y PLASMA**

EVA ARAN VICO, MARIA TRINIDAD RUBIO VILLANUEVA

**INTRODUCCIÓN:** La fiebre de origen bacteriano cursa con síntomas y signos clínicos escasos y poco específicos por lo que diagnóstico precoz y el tratamiento rápido constituye un desafío en las unidades de urgencia. La determinación de la PCT mediante prueba Inmunocromatográfica de un paso (Sándwich), es usado para la medición semicuantitativa para el diagnóstico y control de terapias en caso de graves infecciones.

**OBJETIVOS:** Conocer cómo llevar a cabo la medición semicuantitativa rápida de la PCT.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Suero o plasma humano. Kit de prueba individual. Tarjeta de referencia para comparar resultados. Pipetar 200 uL de suero/plasma dentro de la cavidad redonda. Esperar 30 minutos determine el rango de concentración en la muestra comparando la intensidad del color de la banda con los bloques de colores en la tarjeta de referencia. El resultado es válido solamente en caso de tener una banda de control visible. A. No hay banda visible o solamente banda de test visible: los test que no muestran banda de control alguna no son válidos y no pueden ser evaluados. B. Visible solamente la banda de control: los test son válidos negativos. Las concentraciones de PCT son  $< 0,5$  ng/ml. C. Bandas de control y de test visible: los test que muestran una banda de control y una banda de test son válidos positivos.  $PCT < 0,5$  ng/mL Los niveles inferiores no necesariamente excluyen una infección.  $PCT \geq 0,5$  ng/mL  $< 2$  ng/mL: Es posible una infección sistémica (sepsis).  $PCT \geq 2$  ng/mL  $< 10$  ng/mL: Probable infección sistémica.  $PCT \geq 10$  ng/mL. Alta probabilidad de una sepsis severa o de un choque séptico.

**CONCLUSIÓN:** La determinación de la PCT mediante prueba Inmunocromatográfica es altamente eficaz en el diagnóstico y control de terapias en casos graves de infecciones bacterianas y septicemia en las primeras determinaciones de resultados de las analíticas en el laboratorio de urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** DETERMINACION, PROCALCITONINA, SUERO, PLASMA, TEST INMUNOCROMATOGRÁFICO.

## **ASISTENCIA PRIMARIA POR POSIBLE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ELENA GILABERT JIMÉNEZ, MARIA RIVAS MARQUEZ, DOLORES GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 56 años que acude a nuestro centro de atención primaria por dificultad para poder respirar, dolor torácico irradiado al miembro superior, con dolor de cabeza. Presenta también dificultad para poder hablar de manera puntual debido a la falta de aliento. Antecedentes personales: Hipertensión arterial sin tratamiento farmacológico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 160/100 mmHg; FC: 92 lx. Le realizamos también ECG. La exploración se verificó el movimiento del brazo del cual refiere dolor fuerte. Auscultación torácica con respiración normal, las arterias carótidas en el cuello, todo es correcto y normal.

**JUICIO CLÍNICO:** IAM (Infarto Agudo de Miocardio). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de IAM. Si las pruebas diagnósticas realizadas en el hospital: Análisis de sangre para conocer los niveles de colesterol, glucosa y las enzimas cardíacas resultan positivas, se puede asegurar que el paciente presenta un IAM.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tratamiento posterior al IAM, las dos primeras semanas se debe instar al paciente a que incremente su actividad con ejercicios suaves. Después se darán instrucciones que regulen su actividad física basándose en la tolerancia del paciente. Tratamiento farmacológico: Betabloqueantes, IECA, el ácido acetilsalicílico y las estatinas.

**CONCLUSIONES:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es producida por una lesión del miocardio que es el músculo del corazón y la causa sería la falta de aporte sanguíneo. El término "infarto" se refiere a la existencia de una zona de tejido muerta como consecuencia de la ausencia de oxígeno. El infarto suele ocurrir cuando un coágulo de sangre bloquea la circulación de una arteria coronaria. El coágulo causante del problema se ha formado por la acumulación de colesterol y otros depósitos grasos, formando las llamadas placas ateroscleróticas. Los factores de riesgo son sexo masculino, tabaquismo, hipertensión arterial, niveles altos de colesterol, edad superior a los 50 años y diabetes.

**PALABRAS CLAVE:** IAM, ASISTENCIA, ENFERMERÍA, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ASISTENCIA PRIMARIA.

## **CUIDADOS ENFERMEROS ANTE PACIENTE CON GASTROENTERITIS AGUDA VIRAL CON DOLOR ABDOMINAL**

EVA GARCÍA JIMÉNEZ, FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 26 años que acude a la unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital, por cuadro de 24 horas de evolución de molestias abdominales de perfil cólico con alguna deposición diarreica de características normales y fiebre de 38 °C con sensación distérmica asociada. No asocia vómitos. Bien hasta inicio del proceso actual, no obstante refiere molestias abdominales intermitente desde que iniciara tratamiento antituberculoso. Niega focalidad infecciosa a otros niveles. Se ha realizado eco abdominal que descarta patología urgente. En urgencias ha precisado analgesia con tramadol y continua con molestias por lo que decido ingreso para tratamiento sintomático.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado. Consciente. Normohidratada. Afebril. No ictericia conjuntival. Estabilidad hemodinámica. Buena perfusión distal. AC con tonos rítmicos sin soplos audibles. No edematización de miembros ni rash cutáneo. Faringe sin exudados. Adenopatías cervical derecha de larga data. Eupneica sin distrés. AR sin ruidos patológicos. Abdomen blando, molestias a la presión superficial con defensa sin focalidad, RHA exaltados pero sin tonos metálicos. EDB pendiente.

**JUICIO CLÍNICO:** Gastroenteritis aguda viral con fiebre-diarrea-dolor abdominal cólico. Dolor abdominal cólico a descartar secuelas de TBC rectocolónica, malabsortiva. EII. Causas infrecuentes: Porfiria. Anemia ferropénica en relación con pérdidas menstruales. Secundarios a: TBC diseminada con afectación pulmonar y abdominal tratada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor abdominal y fiebre.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ante los hallazgos del TAC Abdominal, se ha solicitado estudio digestivo con colonoscopia para toma y envío de muestras a microbiología (baciloscopias, cultivo) y anatomía patológica. Dada la demora en la realización de la colonoscopia, hablamos con endoscopias indicándonos que no se puede trasladar la paciente estando hospitalizada para realizarle las pruebas diagnósticas. Por lo que se decide darle de alta y que se pueda realizar las pruebas pendientes.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con gastroenteritis vírica deberán estar bien hidratados y seguir una dieta estricta hasta que no cesen todos los síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** GASTROENTERITIS, DOLOR ABDOMINAL, ANEMIA FERROPÉNICA, ENFERMERÍA.

## **PACIENTE JOVEN CON ABSCESO PERIAMIGDALINO EN LA AMÍGDALA IZQUIERDA**

RAFAEL ANGUITA SERRANO, MIRIAM TORRENTE DÍAZ, RUBÉN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Joven de 19 años, tras dos semanas con amigdalitis, fiebres de 39,5; 40°C, regresa a urgencias con su madre, tras pasar los últimos días sin poder haber comido nada apenas, solo 1 comida al día y beber agua a duras penas, dice literalmente con gran dificultad para comunicarse y de que se le entienda &ldquo;haber soñado con poder beber agua sin sentir dolor&rdquo;. La semana anterior se le administró urbason y dice haber pasado la semana tomando estrictamente el tratamiento farmacológico, la madre comunica no haber sentido ninguna mejoría o efecto positivo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras observar que el sujeto apenas puede articular palabras de manera adecuada y sin sufrir dolor, se observa, mediante exploración de la cavidad bucal, que el paciente tiene ambas amígdalas más grandes de lo normal, siendo la amígdala izquierda de mayor tamaño y desplazando la úvula hacia la derecha e imposibilitando la deglución y toma de aire del paciente, causándole un gran dolor y fiebres.

**JUICIO CLÍNICO:** Se llega a la conclusión de que el paciente sufre de un absceso periamigdalino (APA) en la amígdala izquierda, se procede al drenaje del pus con jeringa y aguja hasta que se observa que la jeringa recoge sangre y no pus. Tras dicho drenaje, el paciente siente una gran mejoría, aunque tarda un tiempo en poder hablar de manera adecuada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Celulitis periamigdalina, absceso retrofaríngeo, absceso del espacio lateral, infección dentaria, infección de glándulas salivales.

**PLAN DE CUIDADOS:** Los servicios de enfermería y TCAE tendrán bajo observación al paciente esperando que no vuelva la infección, le administrarán la medicación por vía parenteral, su dieta será la misma sin restricciones, siendo más adecuado el líquido al principio para que no sienta ninguna molestia.

**CONCLUSIONES:** El médico volverá a explorarlo para comprobar que no regresa la infección, en caso de que regrese, se valorará la opción de extirpar las amígdalas.

**PALABRAS CLAVE:** URBASON, PERIAMIGDALINO, PUS, AMÍGDALA, DRENAJE, RETROFARÍNGEO.

## PACIENTE CON LUMBOCIATALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ, CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 39 años que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace un mes agudización de lumbociatalgia izquierda crónica. Refiere importante limitación funcional e imposibilidad para dormir. Afebril ni otra sintomatología referida. Antecedentes personales: no AMC, no HTA, no DLP, DM en tratamiento con dieta. No hábitos tóxicos. Diagnosticada de hernia discal L4-L5 y L5-S1, lumbociatalgia izquierda crónica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Las pruebas a 60 años; positivo. No signos deficitarios. RMN: discopatía severa L4-L5 con pinzamiento discal y extrusión discal que comprime receso izquierdo y raíz L5, de gran tamaño. EMG: hallazgos compatibles con una lesión radicular lumbar anterior a nivel de L5 izquierda, de grado moderado y evolución crónica. No se observan signos de actividad lesional aguda en exploración actual. Analítica: glucosa 107 mg/dl, urea 46 mg/dl, creatinina 0.70Mg/dl, Na 139 mg/dl, K 3.2Mg/dl, Hb 12.1, Hematocrito 37%, plaquetas 295000 y leucocitos 12900.

**JUICIO CLÍNICO:** Hernia Discal L4-L5 izquierda, radiculopatía L5 izquierda y síndrome postlaminectomía con discopatía severa L4-L5. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Desde el principio se sospecha el diagnóstico de hernia discal y de una reagudización del proceso crónico, aunque se descartan otras patologías de columna que pueden simular una hernia de disco vertebral. Estas patologías pueden ser ostofitos y metástasis, quistes (discal, sinovial), neurinomas, hematoma y absceso epidural. Los resultados de las pruebas realizadas y la anamnesis realizada a la paciente confirmaron el diagnóstico de hernia discal L4-L5.

**CONCLUSIONES:** La hernia discal L4-L5 se define como la salida del contenido discal dentro del canal raquídeo, como consecuencia de pérdida de la elasticidad del disco intervertebral. Patologías o traumatismos, o incluso el propio envejecimiento pueden provocar esta pérdida de elasticidad, el disco afectado se desplaza comprimiendo nervios y provocando diversa sintomatología. Como puede ser lumbociatalgia, pérdida de sensibilidad e incluso pérdida de fuerza.

**PALABRAS CLAVE:** HERNIA DISCAL, LUMBOCIATALGIA, ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO.

## **LINFOMA NO HODGKINIANO RELACIONADO CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

PEDRO CHINCHILLA VILLAESCUSA, MARÍA MORIÓN CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARNAO RODRIGUEZ, ALBERTO ZULETA REINA, ELENA SORIANO MORATA, MARIA TERESA CORTES VERDU, FRANCISCA CANDELA AMOROS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 37 años que acude por presentar fiebre sin predominio de horario hasta 39<sup>o</sup>; que cede con antipiréticos tipo paracetamol. Paciente que acudió la semana previa por odinofagia y desde hace 15 días presenta tos con hemoptisis y epistaxis en estudio y que la hemoptisis ha empeorado hoy. No pérdida de peso, No otra sintomatología acompañante. En 2012 refiere diagnóstico de tuberculosis en columna lumbar.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TAC toracoabdominal. En mediastino no se aprecian adenopatías de tamaño significativo. Quiste aéreo en LMD de 11 mm. Áreas de enfisema en segmentos superiores del lóbulo inferior izquierdo. No se aprecian imágenes que sugieran afectación tuberculosa. No se aprecian nódulos ni infiltrados. No derrame pleural. Adenopatías axilares bilaterales de hasta 16 mm. Abdomen: Esplenomegalia de 16 cm apreciándose dos nodulillos hipodensos de 12 mm, 9 mm y 5 mm respectivamente, inespecíficos. Ganglios inguinales bilaterales de hasta 15 mm. En ambos huesos ilíacos, sobre todo en el derecho se aprecian múltiples lesiones líticas. Considerar la posibilidad de trastorno mielo proliferativo. Cultivo de esputo, negativo a tuberculosis (flora normal saprofita), serología positiva para VIH.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección de VIH. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tuberculosis pulmonar (dudoso antecedente tuberculosis ósea).

**CONCLUSIONES:** Paciente VIH seropositivo, la infección se descubre después de encontrar lesiones que corresponden a trastorno mielo proliferativo a nivel de los huesos ilíacos al realizar TAC en busca de lesiones que correspondieran a tuberculosis de diagnóstico dudoso en antecedentes y con signos que se acercaban a signos clínicos de tuberculosis.

**PALABRAS CLAVE:** VIH, INFECCIONES POR VIH, LINFOMA NO HODGKIN, LINFOMA RELACIONADO CON VIH.

## LA ANTIAGREGACIÓN EN LA AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA TERESA CORTES VERDU, MARÍA MORIÓN CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARNAO RODRIGUEZ, ALBERTO ZULETA REINA, ELENA SORIANO MORATA, PEDRO CHINCHILLA VILLAESCUSA, FRANCISCA CANDELA AMOROS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Acude a urgencias por cuadro de inicio brusco de amnesia. Según su marido estaban en el desayuno popular del pueblo y de forma brusca la paciente no sabía dónde estaba ni con quien, no sabía usar su móvil. Conocía a su marido y no presentaba disartria ni otra focalidad neurológica. El cuadro remite en urgencias poco a poco en unas 2 horas. La paciente no recuerda nada de lo ocurrido durante ese tiempo. Refiere hace 3 días situación muy estresante por discusión con su hija y que la dejó muy afectada. No cefalea. No clínica infecciosa ni fiebre en días previos. No disminución del nivel de conciencia ni movimientos anómalos durante el episodio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tª: 36.5°C TAS: 179 mmHg TAD: 84 mmHg FC: 109 lpm. Eupneica. BEG. ACP: anodina. Abdomen anodino. EEII: no edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica: sin hallazgos patológicos. TAC craneal en urgencias: Imagen hipodensa focal de aproximadamente 4 mm en el límite entre el córtex y la sustancia blanca de centros semiovais en el lado izquierdo que podría corresponder a un infarto lacunar. No evidencia de edema, no cambios hemorrágicos. No alteración de centraje en las estructuras de la línea media. ECG: RS 81 lpm. , Eje normal. Sin alteraciones en la repolarización. BIOQUÍMICA ORDINARIA: glucosa 104, urea 32, creatinina 0.71, Sodio 144, potasio 4.5, TGC 95, col 200, transaminasas normales. MDRD 88 ml/min. TSH y T4 normal. HEMOGRAMA: normal. RNM CEREBRAL CON CONTRASTE: lesión quística intraaxial milimétrica en centro semioval izquierdo, resto de estudio de características normales.

**JUICIO CLÍNICO:** Lesión quística intraaxial milimétrica en centro semioval izquierdo.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Amnesia global transitoria presumiblemente secundaria a estrés.

**CONCLUSIONES:** Ante cualquier cuadro neurológico es imprescindible realizar antiagregación hasta completar estudio por RNM. Tras valoración de resultado y ante la ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular se decide suspender.

**PALABRAS CLAVE:** AMNESIA, ANSIEDAD, MANIFESTACIONES NEUROCONDUCTUALES, TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

## **SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS: DETECCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

MARTA DE LA PASCUA AGUILERA, SILVIA DE LA PASCUA AGUILERA, CARMEN DIAZ RIOS

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) o enfermedad de Willis-Ekbom es un trastorno de origen neurológico, que afecta muy especialmente la calidad del sueño, en el que se experimentan sensaciones desagradables en las piernas. Es importante tener en cuenta que aunque la representación tradicional del SPI es en las piernas, se trata como decimos de un trastorno neurológico, y por lo tanto, puede afectar otras extremidades.

**OBJETIVOS:** Conocer que es el Síndrome de Piernas Inquietas. Identificar los síntomas que pueden acompañarlo. Analizar los factores relacionados con esta enfermedad.

**METODOLOGÍA:** Mediante la búsqueda de información en el buscador Medlineplus utilizando como descriptores: Síndrome de piernas inquietas, causas, tratamiento, y mediante consulta de diversas páginas webs y artículos publicados en los últimos años realizaremos el siguiente trabajo.

**RESULTADOS:** Diversos estudios inciden sobre determinados problemas en el transporte de hierro al cerebro y secundariamente, alteraciones en la síntesis de determinados neurotransmisores, como la dopamina. Algunos fármacos pueden favorecer la aparición del SPI como bloqueadores de los canales del calcio, litio o neurolépticos. Personas que están suspendiendo el uso de sedantes. Estimulantes como la cafeína, la teína o los derivados del cacao pueden incrementar el SPI. Mayor incidencia de SPI en personas que fuman por la noche, siendo por lo tanto una recomendación esencial, el dejar de fumar.

**CONCLUSIÓN:** El trastorno aparece con cierta severidad en un 2-3 % de la población, y afecta tanto a hombres como a mujeres. Puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente a partir de la cuarta década de la vida. Este síndrome no es peligroso, sin embargo, puede ser molesto y perturbar el sueño y afectar su calidad de vida. Con el fin de mejorar los síntomas y su calidad de vida, las personas con síndrome de piernas inquietas (SPI) deben adoptar un estilo de vida saludable, que junto con el cumplimiento terapéutico, les ayude a controlar los síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** NEUROLÓGICO, DOLOR, PIERNAS, CUIDADOS.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA

ANGEL LUIS FERNÁNDEZ MORALES, CRISTINA FERNANDEZ RAMIREZ, INÉS LÓPEZ CORRAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 33 años que acude a urgencias por dolor en miembro superior derecho de una semana de evolución. Refiere dolor con EVA 8-9/10 que le despierta por las noches en muñeca y mano derecha. No alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes previos destacamos una diabetes mellitus 1 diagnosticada a los 12 años de edad tratada con insulina.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Constantes vitales dentro de la normalidad. Paciente consciente y orientado, buena coloración de piel y mucosas. En mano derecha no se observa rubor ni inflamación, no crepitantes, no signos de infección. Dolor a la palpación en base del primer dedo y escafoides. Fuerza 4/5, estabilidad y movilidad conservada dolorosa. Hiperalgia al tacto. Radiografía de ambas manos sin signos de fractura. Se observa imágenes de calcificación vs fibrosis de vasos con predominio derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Neuropatía radial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias el paciente se diagnóstico definitivamente de Neuropatía diabética periférica.

**PLAN DE CUIDADOS:** En nuestro caso, se dio de alta al paciente con colocación de férula dorsal para reducir el dolor y tratamiento analgésico. Se realiza derivación al servicio de traumatología y endocrino para control. Recomendaciones para mantener niveles normales de glucosa en sangre y eliminación de hábitos como el fumar o beber.

**CONCLUSIONES:** Las neuropatías diabéticas son un conjunto de trastornos nerviosos causados por muchas de las anormalidades comunes en la diabetes. El primer paso en el tratamiento es hacer que los niveles de glucosa en la sangre regresen al rango normal para evitar daño adicional de los nervios. Tras ellos actuaremos sobre los síntomas con tratamiento medicamentoso y la eliminación de los posibles factores de riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** NEUROPATÍA DIABÉTICA, DIABETES, LESIÓN PERIFÉRICA, DOLOR.

## **PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ESTUDIO DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA**

SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO

**INTRODUCCIÓN:** El Técnico de Anatomía Patológica está encargado de la realización de la PCR en tiempo real para detección de metástasis de carcinomas mamarios que expresan ck19.

**OBJETIVOS:** Identificar en qué consiste el estudio del ganglio centinela en cáncer de mama.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: centinela, osna, ganglio y mama.

**RESULTADOS:** Consiste en en la Transcripción inversa de ARNm de la CK-19 y amplificación del ADNc (sin purificación previa). El método OSNA mide de forma cuantitativa el ARNm de la CK-19 existente en el ganglio centinela. Dicho ARNm se utiliza como marcador en el cáncer de mama, debido a su alta expresión en células tumorales y baja expresión en las células normales del ganglio linfático. Técnica: Homogeneización: El patólogo elimina el exceso de grasa del ganglio con material estéril. Centrifugado del material obtenido. Amplificación y detección. Proporciona una menor carga de trabajo para los técnicos en el laboratorio general, ya que evita la realización de 20 cortes por ganglio, como se efectuaba antes de aparecer esta técnica. Proporciona una menor carga de trabajo para los patólogos, ya que evita el diagnóstico de 20 cortes por ganglio. Ahorra tiempo de trabajo respecto a las dos ventajas anteriores. Es una técnica más sensible, ya que identifica mejor la micrometástasis, debido a que en la antigua técnica se realizaban los 20 cortes y se desbastaba entre la realización de éstos desperdiciando material que podía contener células tumorales. Proporciona un resultado definitivo en intraoperatoria.

**CONCLUSIÓN:** La Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC), es un procedimiento útil en la patología mamaria maligna ya que, aporta la ventaja de disminuir la morbilidad asociada al vaciamiento ganglionar axilar completo, en los casos en que la técnica está indicada. Posee una alta especificidad diagnóstica y un mínimo porcentaje de falsos negativos.

**PALABRAS CLAVE:** CENTINELA, OSNA, GANGLIO, MAMA.

## CUIDADOS AL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO DE LARGA DURACIÓN

RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL, JOSEFA MARTINEZ GOMEZ, JUANA LÓPEZ CARRILLO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 21 años que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal. Refiere no haber hecho deposición en los últimos 15 días agravándose el dolor a intenso generalizado tipo cólico acompañado con náuseas y vómitos de contenido alimenticio. Se encuentra afebril, abdomen duro y doloroso a la palpación. Los antecedentes son estreñimiento crónico en tratamiento con crema de magnesio y/o supositorio de glicerina. No alergias medicamentosas conocidas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 113/70, FC: 70lpm, FR18rpm, t&ordf;: 36,5 &ordm;C, satO2 basal 98%. Escala dolor EVA 5. No refiere molestias urinarias, aunque se realiza combur test con resultados negativos. Se realiza radiografía de tórax para descartar aire subdiafragmático; además de TAC abdominal que indica dilatación de asas intestinales, asas de paredes engrosadas (5 mm de diámetro), ampolla rectal dilatada ocupada por materia fecal. Se cursa analítica de perfil general sin alteraciones significativas.

**JUICIO CLÍNICO:** R10.84 Abdomen agudo obstructivo mecánico por impactación fecal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Abdomen agudo inflamatorio, megacolon irritado, perforación intestinal, oclusión intestinal.

**PLAN DE CUIDADOS:** Diagnóstico NANDA: 00132 Dolor agudo; NOC: 1605 Control de dolor; NIC: 1400 Manejo del dolor; 2210 Administración de analgésicos; 2380 Manejo de la medicación. Diagnóstico NANDA: 00011 Estreñimiento; NOC: 1015 Función gastrointestinal; NIC: 2315 Administración de medicación: rectal; 0450 Manejo del estreñimiento/Impactación fecal; 1100 Manejo de la nutrición. Diagnóstico NANDA: 00134 Náuseas; NOC: 1618 Control de náuseas y vómitos; NIC: 2380 Manejo de la medicación

**CONCLUSIONES:** Durante el ingreso en urgencias se inicia la administración de antieméticos para los vómitos y enemas de limpieza (2 en total), siendo éstos muy efectivos, favoreciendo la expulsión de heces y la consiguiente mejoría del dolor abdominal, llegando a ser blando y depresible. Es dado de alta de urgencias con seguimiento del uso de laxantes en las siguientes 72 horas.

**PALABRAS CLAVE:** ESTREÑIMIENTO, DOLOR AGUDO, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS.

## **ESPIROMETRÍA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y PROCEDIMIENTO**

FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA, SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES

**INTRODUCCIÓN:** La espirometría es una prueba que resulta imprescindible para el estudio de la función pulmonar, y su realización es necesaria para el diagnóstico, evaluación y el control de las enfermedades respiratorias.

**OBJETIVOS:** Identificar las principales recomendaciones y cuidados de enfermería en la realización de las espirometrías.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Dialnet, centrando nuestro estudio en 5 artículos. Se empleó un filtro de idioma, reduciendo la búsqueda a artículos publicados en castellano y en un periodo de tiempo, limitándonos a artículos publicados entre los años 2007-2017.

**RESULTADOS:** Previamente al inicio de la prueba comprobaremos la documentación en la que se indique la retirada de broncodilatadores, informaremos al paciente sobre el procedimiento de la misma, destacando la importancia de su colaboración, así como la atención de fumar y practicar ejercicio físico. El paciente se medirá descalzo y con la espalda pegada al tallímetro, debiendo calcularse la edad en el día en que se realiza la prueba. Durante la prueba, el paciente permanecerá sentado ergido, con ropa ligera y sin cruzar las piernas, vigilando que no se incline hacia delante. En adultos se recomienda la utilización de pinzas nasales para evitar la fuga de aire. Colocaremos la boquilla desechable y el filtro antibacteriano, si disponemos de él y si es necesario. Se realizan un mínimo de 3 maniobras separadas 1 minuto.

**CONCLUSIÓN:** Es de vital importancia saber en que consiste una espirometría, y mucho más aún conocer la técnica para su correcto desempeño, ya que mediante su realización podemos obtener información sobre la gravedad y progresión de diferentes alteraciones ventilatorias.

**PALABRAS CLAVE:** ESPIROMETRÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PROCEDIMIENTO, RECOMENDACIONES.

## EL TÉCNICO DE ANATOMÍA EN LA BIOPSIA LÍQUIDA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO

**INTRODUCCIÓN:** Esta técnica consiste en la obtención de información de tumores a través de fragmentos de ADN de las células tumorales que están presentes en la sangre.

**OBJETIVOS:** Determinar la técnica que se establece a través de la biopsia líquida para la diagnóstico del cáncer de pulmón en los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Para el diagnóstico de cáncer de pulmón, es necesario extraer una muestra del tejido pulmonar con la finalidad de analizarla microscópicamente. Para ello, se utilizan pruebas diagnósticas invasivas como son, principalmente, la broncoscopía y la punción pulmonar. Una vez realizado el estudio del tejido, en ocasiones, para poder determinar el estado de mutación, es necesario repetir las pruebas, en este caso, no haría falta ya que gracias a la biopsia líquida, sólo haría falta realizar un análisis de sangre, que es lo que esta técnica conlleva. Por lo que sus usos van destinados a la detección temprana de evolución tumoral, analizar la heterogeneidad pulmonar y mutaciones metastásicas, monitorizar la evolución de un tumor y a los pacientes durante un tratamiento determinado. Además de detectar resistencias terapéuticas en los pacientes mediante esta técnica. Una vez que el enfermo ha sido diagnosticado, se podrá realizar un seguimiento de la enfermedad basándonos en los resultados en sangre solamente, sin ser necesario volver a repetir las técnicas diagnósticas invasivas en caso de que el paciente tenga una recaída, beneficiándose así el paciente.

**CONCLUSIÓN:** La biopsia líquida en cáncer de pulmón, viene siendo una revolución para los médicos y pacientes, gracias al poco tiempo de obtención de resultados, además de que las biopsias tradicionales en pulmón son difíciles de obtener y suponen un riesgo para el paciente y no siempre resultan informativas.

**PALABRAS CLAVE:** PULMÓN, BIOPSIA, CÁNCER, BRONCOSCOPIA.

## **PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA VALIDACIÓN DE PLATAFORMA INMUNOHISTOQUÍMICA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER DE PULMÓN**

SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO

**INTRODUCCIÓN:** Los linfocitos T reconocen la proteína PDL1 mediante un receptor de membrana denominado PD1. La unión ligando (PDL1)/receptor (PD1) disminuye la proliferación de los linfocitos T y su actividad citotóxica y como consecuencia amortigua la respuesta inmune.

**OBJETIVOS:** Analizar la respuesta a la inmunoterapia en el cáncer de pulmón. Determinar biomarcador PDL-1 para poder administrar tratamientos de inmunoterapia a aquellos pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de éste.

**METODOLOGÍA:** Muestra: 150 pacientes. Se realizan cortes de 4-5 micras de espesor de tejido fijado en formol tamponado al 10% durante un período entre 6 a 72 horas y se colocan en portaobjetos de vidrio cargados positivamente, junto con controles positivos (amígdala) y negativos por cada determinación. Se procede a estufado a 60° durante 30 minutos y carga en el inmunoteñidor. El anticuerpo SP263 se ha optimizado para períodos de incubación específicos definidos por Roche-ventana, con sistema de detección OptiView e instrumentos BenchMark ULTRA. La técnica será óptima cuando tras evaluar el control positivo de ésta, se observa tinción de membrana intensa en el epitelio de la amígdala y débil en la celularidad dendrítica de los folículos linfoides y ausencia de inmunotinción en cualquier tejido en el control negativo.

**RESULTADOS:** En los 150 casos evaluados en el H. U. V. R, 142 casos fueron considerados óptimos (94'6%), cinco tuvieron que ser repetidos por ausencia de tinción en el control positivo (3'3%) y tres inválidos por desprendimiento del tejido (2%). Ninguno de los controles positivos óptimos mostro tinción en localización no característica y ningún control negativo evidencio tinción inespecífica.

**CONCLUSIÓN:** La tinción inmunohistoquímica es una técnica válida para la determinación de expresión de PDL1 en secciones histológicas. La clona SP263 y el inmunoteñidor Ventana BenchMark ULTRA constituyen una plataforma optima de determinación de esta proteína, con alta reproductividad del test (94'6% en nuestra serie) con validez y seguridad diagnóstica cercana al 100%.

**PALABRAS CLAVE:** PULMÓN, INMUNOTERAPIA, BIOMARCADOR, INMUNOHISTOQUÍMICA.

## **OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS A CARGO DEL TÉCNICO SUPERIOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN CORTES PARA DIAGNÓSTICO DE TEJIDOS EN FRESCO: PRESTOCHILL**

SARA MORALES GALERA, CLARA MARÍA RUIZ JOSÉ, NURIA SÁNCHEZ VASCO

**INTRODUCCIÓN:** Este método, presenta unas ventajas principales que son primordiales para un diagnóstico rápido y eficaz, como son una congelación rápida sin producir artefactos en el tejido y de una manera relativamente simple pudiendo ser realizada por personal no especializado y que nivela toda la muestra en el mismo plano de corte.

**OBJETIVOS:** Determinar cómo optimizar el corte de cualquier tejido en congelación. Identificar medidas para agilizar la consulta con el oncólogo y las pruebas complementarias necesarias para definir mejor la estrategia terapéutica, en caso de malignidad.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Se coloca una gota del compuesto de crioinclusión orientada, en la parte inferior de uno de los moldes. Agregamos el compuesto de crioinclusión hasta llenar el molde. Colocamos el acople en el molde, agregamos el extractor y cerramos la cubierta. Iniciamos el temporizador. Obtenemos un bloque congelado con una superficie perfectamente plana para cortar. Reduce a 60 segundos el tiempo de congelación. Elimina los artefactos de congelación mediante el congelamiento ultrarrápido. Corte de tejido graso sin dificultad ni distorsión de la estructura. Obtención de superficies perfectamente planas. Eliminación de la retracción de los tejidos.

**CONCLUSIÓN:** La utilización del Prestochill para la realización posterior de cortes en criostato, ha optimizado enormemente el diagnóstico de biopsias intraoperatorias y de cualquier tipo de tejido cortado por congelación, evitando de esta manera, la utilización de Nitrógeno líquido, Isopentano o CO<sub>2</sub>.

**PALABRAS CLAVE:** CRIOINCLUSIÓN, CONGELACIÓN, ARTEFACTOS, MOLDE.

## TÉCNICA DE TINCIÓN: DIFERENCIA DE GRAM EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO

MARIA JOSE GALÁN GARCÍA, CRISTINA DEL CARMEN MONTAÑO GALLEGRO

**INTRODUCCIÓN:** La tinción es el proceso por el cual las moléculas de un colorante se absorben a una superficie. El uso de colorantes permite cambiar el color de las células de los microorganismos para poder observarlas al microscopio óptico. La tinción de Gram supuso una revolución para el mundo de la microbiología, pues permitía diferenciar la morfología de las bacterias. Es una tinción diferencial, pues permite separar las bacterias según la composición de la pared celular, dividiéndose en Gram (+) y Gram (-). Es una técnica de tinción empleada habitualmente en el laboratorio clínico para el diagnóstico microbiológico.

**OBJETIVOS:** Analizar los pasos del proceso de tinción de Gram, así como su función.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Medline y Dialnet. Los descriptores utilizados son: tinción, gram, laboratorio, microbiología, bacterias.

**RESULTADOS:** Con la tinción de Gram observamos la identificación de la morfología de las bacterias y el tipo de tinción según su pared celular: - Bacterias Gram (+): se tiñen de color morado. Ejemplo: Staphylococcus Aureus. - Bacterias Gram (-): se tiñen de color rosado. Ejemplo: Scherichia Coli. Realizar una tinción de Gram sobre un frotis para ser observada posteriormente al microscopio. Consiste en extender la suspensión de bacterias sobre un portaobjetos. Procedemos a la fijación de la muestra pasando este tres veces por la llama del mechero y a continuación realizamos la tinción, para ellos seguimos unos pasos: 1) Colorante principal: cristal violeta. 2) Mordiente: lugol. 3) Decoloración: alcohol/cetona. 4) Colorante contraste: safranina. El frotis observado al microscopio permite la identificación de la morfología y el tipo de tinción positiva o negativa de las cepas proporcionadas, aportando información muy útil para orientar el tratamiento antibiótico.

**CONCLUSIÓN:** La tinción de Gram es de gran utilidad para cuantificar la cantidad de microorganismos presentes y el germen predominante. Este examen tiene valor diagnóstico y es de informe inmediato en muestras de LCR y líquidos corporales.

**PALABRAS CLAVE:** TINCIÓN, GRAM, LABORATORIO, MICROBIOLOGÍA, BACTERIAS.

## TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE MEMBRANA ESOFÁGICA CERVICAL

ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, ALBERTO BENAVENTE FERNÁNDEZ, SARA PÉREZ MOYANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 82 años consulta por cuadro de disfagia intermitente a sólidos de 1 año de evolución. Acude a Urgencias por impactación de bolo alimenticio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Gastroscopia urgente: A 14 cm de arcada dentaria se observa presencia de cuerpo extraño (carne) que se extrae con cesta de Roth, mostrando una estenosis esofágica subyacente de aspecto benigno infranqueable, cuyas biopsias no mostraron datos de malignidad; las biopsias del resto del esófago resultan normales. Tránsito gastroduodenal: estenosis a nivel cervical por membrana esofágica (Figura 1).

**JUICIO CLÍNICO:** Disfagia por estenosis esofágica benigna. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Membrana esofágica vs anillo en esofagitis eosinofílica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza nueva gastroscopia procediéndose a la dilatación neumática de la membrana hasta 15 mm sin complicaciones inmediatas. La paciente presenta mejoría clínica consiguiendo la ingesta de alimentos sólidos durante 9 meses después.

**CONCLUSIONES:** Las membranas esofágicas son delgadas (< 2mm) estructuras anilladas cubiertas de epitelio escamoso que pueden aparecer en cualquier lugar de la luz esofágica, situándose la mayoría a nivel cervical. Aunque se han relacionado con la ERGE o un origen congénito, existen dudas sobre su verdadera etiopatogénea. La mayoría son asintomáticas, y cuando dan síntomas suele ser disfagia típicamente a sólidos, y en ocasiones impactaciones alimentarias. El diagnóstico suele realizarse durante un estudio baritado y/o esofágico, mostrándose como anillos, generalmente no circunferenciales, cuya apertura varía durante el examen, siendo imprescindible la distensión adecuada del esófago para evitar que pasen desapercibidos. La histología es necesaria para excluir el diagnóstico de esofagitis eosinofílica. Aunque la mayoría de las membranas se rompen durante la endoscopia diagnóstica, en algunos pacientes con disfagia puede ser necesaria la dilatación neumática, comenzando con balones de un mayor calibre que los usados en anillos asociados a la esofagitis eosinofílica, donde la dilatación suele ser más progresiva debido al mayor riesgo de perforación. El tratamiento con IBP indefinido se aconseja cuando existe una ERGE asociada para prevenir la recurrencia.

**PALABRAS CLAVE:** MEMBRANA ESOFÁGICA, ANILLO ESOFÁGICO, ESTENOSIS ESOFÁGICA BENIGNA, DILATACIÓN ENDOSCÓPICA, DISFAGIA.

## EL DIAGNÓSTICO DE LAS DISTINTAS LESIONES CUTÁNEAS CRÓNICAS

MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, JOSEFA AGUILERA PEREZ

**INTRODUCCIÓN:** Siempre que se nos presente una patología similar a otra, deberemos realizar un diagnóstico diferencial, el cuál deberá asemejarse y ajustarse a la patología real que se padece y no a otras que puedan parecerse y puedan confundir a la hora de su tratamiento.

**OBJETIVOS:** Determinar el diagnóstico que se establecen en las lesiones cutáneas crónicas en los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** En las lesiones cutáneas hay que establecer una diferenciación, de este modo, debemos diferenciar las características físicas y saber si estamos ante una úlcera por presión u otro tipo de lesión. Para esta diferenciación deberemos tener en cuenta varios puntos como sería la historia clínica del paciente: varices, flebitis, insuficiencia venosa crónica, diabetes, trombosis venosa profunda, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, inmovilidad crónica. El examen físico para examinar en profundidad los pulsos, edemas, decoloración, piel pálida, ausencia de vello, temperatura que puede oscilar desde el aumento, variable o fría, eritema. El diagnóstico diferencial en la zona del cuerpo donde ha aparecido la lesión, exudado con o sin hemorragia, dolor, riesgo de infección. Excluir las úlceras por presión de otro tipo de úlceras cómo pueden ser las úlceras venosas, arteriales o neuropáticas es el objetivo principal para poder llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial de estas patologías.

**CONCLUSIÓN:** A través del diagnóstico y la valoración explicadas a continuación podremos ver las diferencias existentes en cada una de las lesiones que puede presentar el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** DIFERENCIACIÓN, LESIÓN CUTÁNEA, ÚLCERA, CRÓNICA, DIAGNÓSTICO.

## PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON SÍNDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE

NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON, MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Wolff-Parkinson-White es una anomalía cardíaca congénita caracterizada por la presencia de un fallo en el sistema de conducción cardíaco y la aparición de arritmias. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones rítmicas de inicio y terminación brusca, mareos, síncope, vértigo, dificultad para respirar y opresión/dolor en el pecho

**OBJETIVOS:** Establecer un plan de cuidados para pacientes con síndrome de Wolf-Parkinson-White en la unidad de cuidados intensivos.

**METODOLOGÍA:** Análisis de la información obtenida mediante una revisión bibliográfica, utilizando los descriptores plan de cuidados, síndrome de Wolff-Parkinson-White, diagnóstico de enfermería, intervenciones enfermeras.

**RESULTADOS:** Patrón percepción-Manejo de la salud: Riesgo de infección r/c con procedimientos invasivos. Intervenciones: control y protección frente a infecciones. Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos m/p incapacidad para seguir el régimen prescrito. Intervenciones: enseñar y facilitar aprendizaje. Patrón Nutricional-Metabólico: Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c agentes farmacológicos, alteración del metabolismo, y disminución de la movilidad. Intervenciones: vigilar la piel y manejar presiones. Patrón Actividad-Ejercicio: Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de O<sub>2</sub> m/p arritmia, TA anormal en respuesta a la actividad, disnea de esfuerzo y fatiga. Intervenciones: realizar cuidados cardíacos (arritmia, medicación,...). Riesgo de disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la contractilidad y del ritmo cardíaco. Intervenciones: mantenimiento de estabilidad hemodinámica. Patrón Sueño-Reposo: Insomnio r/c dolor. Intervenciones: facilitar el descanso nocturno. Patrón Cognitivo-Perceptivo: Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos y físicos m/p diaforesis, autoinforme del dolor y cambios en fisiológicos. Intervenciones: control y manejo del dolor. Ansiedad r/c amenaza de muerte m/p nerviosismo y preocupación. Intervenciones: disminuir la ansiedad mejorando el afrontamiento.

**CONCLUSIÓN:** El adecuado conocimiento de los cuidados específicos para cada patología influye directamente en la eficacia de los cuidados, facilita el trabajo en equipo y favorece la correcta evolución del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PLAN DE CUIDADOS, SÍNDROME WOLF-PARKINSON-WHITE, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, INTERVENCIONES ENFERMERAS.

## BIOMARCADORES DE INFECCIÓN EN URGENCIAS

CRISTINA GUTIERREZ HERNANDEZ, MARÍA BÁRBARA GÓMEZ PEÑA, ENCARNACIÓN MARÍA APARICIO AYLLÓN

**INTRODUCCIÓN:** Casi el 10% de las asistencias en los servicios de urgencias hospitalarios está relacionado con posibles procesos infecciosos es importante administrar el antibiótico de manera precoz y la toma inmediata de otras decisiones diagnóstico-terapéuticas que intervienen directamente en la supervivencia de los enfermos con infección bacteriana grave: sepsis, sepsis grave y shock séptico.

**OBJETIVOS:** Conocer algunos de los biomarcadores y su importancia analítica.

**METODOLOGÍA:** Se busca en Google Academic con los descriptores: "PCR, Infección, Laboratorio" con un resultado de 31.600 Resultados aproximadamente.

**RESULTADOS:** El sistema PIRO (Predisposición, Infección causal, Respuesta a la infección bacteriana valorada por lactato y biomarcadores y disfunción de Órganos). El biomarcador debe proporcionar información adicional a la que se obtiene con los datos clínicos del paciente y ayudar a la hora de tomar decisiones urgentes. La PCT se muestra como el más sensible y adecuado por su expresión cinética: aumenta a las 4 horas de infección. La PCR con sus limitaciones (como son una cinética más variable y lenta, menor sensibilidad y especificidad que la PCT para detectar respuesta inflamatoria aguda y gravedad, y su gran frecuencia de falsos positivos. El lactato, biomarcador de hipoperfusión tisular y elemento clave en el manejo. De la Sepsis grave y Shock séptico ha demostrado su magnífica capacidad predictora de mortalidad, lo que añadido a su fácil, rápida obtención y su bajo coste hacen que se mantenga intacta su importancia y su utilidad. La proadrenomedulina (proADM) ,su concentración aumenta en las situaciones de estrés celular y otras enfermedades, entre las que destacan las cardiovasculares.

**CONCLUSIÓN:** Aunque no existe el biomarcador perfecto, la PCT, proADM y el lactato ocupan, individualmente y en combinación los primeros lugares en la clasificación La clave está en elegir el biomarcador útil que nos haga mejorar el manejo del enfermo con infección grave.

**PALABRAS CLAVE:** BIOMARCADORES, INFECCIONES, PCR, LABORATORIO, SEPSIS, ANALÍTICA.

## **IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS EN EL LABORATORIO PARA PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS**

CRISTINA DEL CARMEN MONTAÑO GALLEGO, MARIA JOSE GALÁN GARCÍA

**INTRODUCCIÓN:** Los anticuerpos irregulares corresponden a aquellos anticuerpos distintos a los anticuerpos naturales del sistema ABO, que pueden aparecer en respuesta a la exposición a un antígeno eritrocitario extraño (transfundido o trasplante), por incompatibilidad materno-fetal o sin un estímulo identificable. En algunos casos, su presencia se asocia a la exposición a antígenos ambientales, bacterianos o virales de características bioquímicas similares a los antígenos eritrocitarios.

**OBJETIVOS:** Determinar el protocolo para la detección e identificación de anticuerpos irregulares contra antígenos eritrocitarios que contribuya a la obtención de resultados confiables y reproducibles.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de diferentes artículos, en las bases de datos Scielo, Medline y Dialnet, siendo los descriptores: anticuerpos, irregulares, politransfundidos, sangre.

**RESULTADOS:** La detección e identificación de anticuerpos irregulares habitualmente se realiza mediante técnicas de aglutinación en tubo, en columna o en microplaca, con etapas a temperatura ambiente, 37 °C y antiglobulina humana. Las muestras para estudio deben ser almacenadas a 4 °C y las pruebas deben ser realizadas en el menor tiempo posible, no excediendo de 72 horas desde su obtención. Para la obtención de unos óptimos resultados tendremos que identificar las muestras a estudiar y centrifugarlas de acuerdo al tiempo estandarizado en la centrífuga, para obtener suero o plasma. Además de verificar que los reactivos estén vigentes y que tanto reactivos como equipos cumplan con los parámetros definidos en el control de calidad del laboratorio de inmunohematología. Las células panel deben utilizarse a la concentración definida por el fabricante para realizar la técnica.

**CONCLUSIÓN:** La identificación de anticuerpos es el método universal para poder transfundir a los pacientes politrasfundidos. Como Técnicos Técnicos Especialistas en Laboratorio es nuestro deber de estar formados en la materia, además de reciclarlos periódicamente.

**PALABRAS CLAVE:** ANTICUERPOS, IRREGULARES, POLITRANSFUNDIDOS, SANGRE.

## LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES EN EL CÁNCER DE LARINGE CON METÁSTASIS MICRONODULAR PULMONAR

MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ, PEDRO MILLAN BARRERA, MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 71 años de edad con deterioro del estado general importante y pérdida de funcionalidad. Presenta cuadro de tos con abundante ruido de secreciones que no logra expectorar. Ortopnea, febrícula, edematización periférica, incontinencia rectal desde hace un mes y frecuentemente sufre cefalea froto orbitaria. Remitido a nuestra unidad de diagnóstico por el Servicio de Medicina Interna. Actualmente presenta marcada anorexia y pérdida de 10 kg en 3 semanas de evolución.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente que presenta sequedad de piel y mucosas, eupneico en reposo y palidez cutánea. A la auscultación cardíaca: tonos puros y rítmicos, no soplos. En la auscultación pulmonar: hipoventilación global más marcada en base derecha con crepitantes en lóbulo medio. Tensión arterial de 120/70, pulso 70. Disponemos de radiografía de RX de tórax donde se aprecia ensanchamiento mediastínico con tórax enfisematoso y patrón intersticial bilateral.

**JUICIO CLÍNICO:** Micronódulos pulmonares. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica inicial fue la de presencia de micronódulos pulmonares en paciente pluripatológico y con antecedentes oncológicos.

**CONCLUSIONES:** Los estudios de imagen muestran múltiples nódulos pulmonares milimétricos bilaterales que dado los antecedentes del paciente obligan a sospechar de presencia de enfermedad metastásica. Además evidenciamos signos de derrame pleural derecho de pequeña cuantía.

**PALABRAS CLAVE:** LARINGE, MICRONODULAR, PET, METÁSTASIS.

## **HEMOGLOBINA CAPILAR: USO DURANTE LA CIRUGÍA**

RAFAEL TOMAS RUZ PIZARRO, CARLOS RECUERO FERNANDEZ, LARA MAZON GODINO, PEDRO CAMBERO MUÑOZ, JULIA CARRETERO VELASCO, DANIEL HERNANDEZ MEGIAS

**INTRODUCCIÓN:** La Hemoglobina (hb) es una proteína de los glóbulos rojos, que trasportan el oxígeno a través del cuerpo. El análisis de Hb se utiliza para determinar cuanta cantidad de hemoglobina hay en sangre. Dicho análisis nos determinara los cambios en le volumen plasmático, como podrían ser perdidas de sangre en el contexto de la cirugía.

**OBJETIVOS:** Valorar el uso de la hemoglobina capilar durante la cirugía.

**METODOLOGÍA:** Análisis bibliográfico en revistas de interés científico y páginas web, utilizando como descriptores mencionados anteriormente en las palabras clave.

**RESULTADOS:** Se consigue una inmediata actuación sobre el paciente ya que conocemos en menos de 1 minuto el volumen sanguíneo, pudiendo prevenir males mayores. El procedimiento es el siguiente: Extraer gota de sangre necesarios. La cual es aspirada automáticamente por la micro cubeta. Hacer presión sobre zona de punción. Colocar micro cubeta en receptáculo del medidor de hemoglobina capilar. Esperar resultado y actuar en consecuencias.

**CONCLUSIÓN:** Un buen uso de la recogida de hemoglobina capilar puede ayudarnos a adelantarnos a los posibles signos y síntomas que pueda producirse en el paciente ante la pérdida de volumen.

**PALABRAS CLAVE:** HEMOGLOBINA CAPILAR, SALUD, TERAPIA, QUIRÓFANO.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: LINFOMA

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA ALMENDROS CINTRANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 14 años, acude por inflamación de cuello derecho tras sobreesfuerzo al hacer ejercicio desde hace 10 días. Presenta odinofagia desde ayer. No fiebre. No náuseas ni vómitos. No diarrea ni estreñimiento. No alergia medicamentosa. No antecedentes personales de interés

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eupnéico en reposo. Pulso carotídeos, presentes y simétricos. Faringe: hiperémica con punteados de exudado purulento. Cuello: Inflamación de hemicuello derecho de aspecto duro, fijo y doloroso a la palpación. Adenopatías pequeñas a nivel de hemicuello izquierdo. ABD: Blando depresible sin masas ni megalias. Blumberg / Murphy negativos. TA:130/70 mm/Hg. FC:102 lpm. Se realizó punción del cuello con aguja fina sin salida de material purulento.

**JUICIO CLÍNICO:** Linfoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizará analítica y serología para descartar mononucleosis infecciosa. Además se realiza TAC, dado el gran tamaño de la tumoración.

**CONCLUSIONES:** Se consideran linfomas al conjunto de enfermedades cancerosas que se desenvuelven en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunológico del cuerpo humano. Los linfomas también son denominados como los tumores sólidos hematológicos para que exista una diferenciación con el de las leucemias. Según su origen celular, evolución, tratamiento y pronóstico la clasificación la podemos dividir en dos tipos: enfermedad de Hodgkin o linfoma de Hodgkin y Linfomas no-Hodgkins. Los linfomas son una forma de cáncer que tiene una prevalencia o que afecta a más de un millón de personas en todo el mundo. El linfoma no Hodgkin es el tercer tipo de cáncer con mayor crecimiento, después del melanoma y del cáncer de pulmón. La incidencia de linfomas aumenta en un 3% anual y a partir del año 2000 es la quinta causa de mortalidad por cáncer, con unas cifras de aproximadamente 60.000 Nuevos diagnósticos cada año en Estados Unidos. Se estima que los linfomas tienen una incidencia media en España de 3 nuevos casos por 100.000 Habitantes cada año.

**PALABRAS CLAVE:** LINFOMA, TUMORACIÓN, DIAGNÓSTICO, VALORACIÓN.

## **REINSERCIÓN DEL EXTENSOR MEDIANTE ENDO-BUTTON: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ANA ISABEL AGUADO RODRIGUEZ, MARIA DOLORES LOPEZ DIAZ, ADELAIDA REYES LEIVA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón 27 años que acude a consulta de primaria por presentar dolor e impotencia funcional de tercer dedo mano derecha tras golpearse con balón. Sus antecedentes personales son: no alergias medicamentosas, trastorno psicótico. En tratamiento con Depakine 500 1 comprimido cada 24 horas, Invega 9 1 comprimido cada 24 horas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Durante la exploración el paciente refiere dolor en zona interfalángica del tercer dedo mano derecha y leve hematoma. Tras valoración por facultativo se remite a servicios de urgencias para valoración radiológica.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura oclusión de falange distal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura oclusión de falange distal.

**PLAN DE CUIDADOS:** El plan terapéutico elegido fue ingreso hospitalario para re inserción del extensor mediante endo-button, alta a las 24 horas y seguimiento por atención primaria con curas cada 48-72 horas.

**CONCLUSIONES:** El papel de enfermería en atención primaria es de suma importancia en el control y seguimiento de las intervenciones quirúrgicas al alta. El número de lesiones deportivas han aumentado exponencialmente debido al culto al cuerpo. La “sutura transósea” es una técnica segura y poco habitual que permite una recuperación rápida aunque llamativa debido al uso de un botón externo que fija la articulación.

**PALABRAS CLAVE:** ROTURA, REPARACIÓN QUIRÚRGICA, REINSERCIÓN, ENDO-BUTTON.

## ESTUDIO DE UN CASO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA ALMENDROS CINTRANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 70 años que es atendida por los servicios de urgencias en su domicilio por presentar pérdida de conciencia súbita. Al llegar los servicios sanitarios la paciente se encuentra consciente y habladora pero a los pocos minutos comienza a balbucear y a hablar descoordinadamente, vomita y vuelve a perder la conciencia de nuevo. Como antecedentes podemos destacar que presenta EPOC y que además es fumadora de 15 cigarrillos al día.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eupnéica en reposo. Pulso carotídeos, presentes y simétricos. Pupilas reactivas y simétricas. TA:140/80 mm/Hg. FC:123 lpm. Saturación: 97%. Glucemia posprandial: 119 mg/dl.

**JUICIO CLÍNICO:** Fibrilación auricular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos se podría sospechar que la paciente sufriera un accidente cerebrovascular. El diagnóstica diferencial se hará mediante pruebas que se realizarán en el hospital, tales como: TAC. Electrocardiograma. Ecocardiograma. Analítica completa de sangre.

**CONCLUSIONES:** La fibrilación auricular e trata de una alteración de la conductividad normal del corazón (denominada ritmo sinusal), cuando las aurículas no se contraen de forma correcta y los ventrículos lo hacen irregularmente y exageradamente rápida, imposibilitando el funcionamiento normal del corazón. Habitualmente se vincula a enfermedad de la válvula mitral (pero también puede aparecer de manera aislada o asociada a otras enfermedades). Se caracteriza por la descoordinación del ritmo de contracción de la aurícula. Puede provocar trombos y embolias y complicaciones cardiovasculares relevantes como los accidentes cerebrovasculares. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia mantenida más usual en nuestros días (con una prevalencia estimada en la población adulta de entre 0,4 y 2%), condicionado un importante aumento de la mortalidad debido a problemas cardiovasculares.

**PALABRAS CLAVE:** FIBRILACIÓN, DIAGNÓSTICO, AURICULAR, VALORACIÓN.

## PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE QUEMADO

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA ALMENDROS CINTRANO

**INTRODUCCIÓN:** Las quemaduras representan una de las patologías más frecuentes e incapacitantes, siendo los accidentes domésticos y laborales las principales causas.

**OBJETIVOS:** El objetivo es determinar medidas para elaborar un plan de cuidados enfermeros para pacientes que hayan sufrido quemaduras graves y que a su vez sirva de guía para proporcionar unos cuidados de calidad.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica de protocolos de la unidad de quemados de distintos hospitales. Identificación de los principales diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA.

**RESULTADOS:** Elaboración de un plan de cuidados para paciente que presentan quemaduras basados en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC. Diagnósticos NANDA: 00146 Ansiedad r/c cambios en la situación, entorno. 00044 Deterioro de la integridad tisular r/c temperaturas extremas. 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos. 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

**CONCLUSIÓN:** Estar quemado es una de las situaciones más traumáticas que una persona puede vivir. Es una situación estresante por la presencia del dolor severo y la ansiedad ante el cambio físico. El tratamiento de los quemados requiere un cuidado especial, donde las quemaduras pasan a un segundo plano ya que nos encontramos ante un paciente inestable con numerosas complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** QUEMADO, QUEMADURAS, VALORACIÓN, RIESGO.

## **PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA**

BEATRIZ MANCERAS MORALES, CYNTHIA JAÉN POSTIGO, CRISTINA ALMENDROS CINTRANO

**INTRODUCCIÓN:** Es un procedimiento quirúrgico para crear una abertura a través del cuello dentro de la tráquea. Casi siempre, se coloca un tubo a través de esta abertura para suministrar una vía respiratoria y retirar secreciones de los pulmones. Este tubo se llama cánula de traqueotomía o tubo traqueal.

**OBJETIVOS:** El objetivo es determinar medidas para elaborar un plan de cuidados enfermeros en pacientes con traqueotomía para que sirva de guía y así proporcionar unos cuidados de calidad.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica de protocolos de las unidades de otorrinolaringología de distintos hospitales. Identificación de los principales diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA.

**RESULTADOS:** Elaboración de un plan de cuidados para paciente con traqueotomía, basados en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC. Diagnósticos NANDA: 00146 Ansiedad r/c cambios en la situación 00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c barrera física 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, retención de secreciones. 00039 Riesgo de aspiración r/c presencia de tubo de traqueotomía

**CONCLUSIÓN:** Respecto al cuidado de pacientes con traqueotomía, el personal de enfermería tiene una participación muy importante tanto en el mantenimiento, vigilancia y cuidados del paciente. Se deben conocer los planes de actuación y complicaciones para poder actuar de manera adecuada en cada momento. Debido a las complicaciones que se pueden producir es importante tener el material de urgencia preparado.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, VALORACIÓN, TRAQUEOTOMÍA, RIESGOS.

## **PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DURANTE SU PASO POR HOSPITAL DE DÍA**

VANESSA MUÑOZ REVERT, SONIA DIAZ CASTILLO, DELIA CORONA LÓPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 45 años de edad con diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide con comienzo de la enfermedad hace 25 años. Experimenta su primer cuadro psicótico dos años después. Tiene su primer contacto con el equipo comunitario de salud mental dos años más tarde. Actualmente vive solo con su madre. Tiene dos hermanas, siendo él el mayor.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se le realiza la valoración de enfermería, donde podemos observar dentro del autocuidado diferentes aspectos: Con respecto a la higiene es adecuada, la alimentación es adecuada, la movilización y la eliminación es autónomo, la autopercepción es adecuada y para el vestido o arreglo personal es autónomo. Además se valoran los patrones funcionales.

**PLAN DE CUIDADOS:** Los diagnósticos enfermeros que se identificaron según la valoración realizada fueron: 00053 Aislamiento social r/c alteración del estado mental m/p falta de personas significativas de soporte. 00097 Déficit de actividades recreativas r/c delirios m/p pasar todas las tardes solo en su habitación. 00063 Procesos familiares disfuncionales r/c enfermedad mental m/p deterioro de la comunicación y desconfianza.

**CONCLUSIONES:** Para estos diagnósticos se ha elaborado una amplia valoración donde podremos ver todos los aspectos del paciente y así ver una progresión.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD MENTAL, PLAN DE CUIDADOS, ENFERMERÍA, VALORACIÓN.

## SEPSIS EN PACIENTE GERIÁTRICA: COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

BEATRIZ GARCÍA CASTILLO, MIREYA ALVAREZ AVILES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer 76 años intervenida hace 1 mes de forma programada por Cirugía General por colelitiasis y gran hernia umbilical, se le realiza colecistectomía laparoscópica y herniorrafia umbilical, sin incidencias en postoperatorio. Acude a urgencias porque presenta fiebre y signos de infección con exudado en herida quirúrgica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Al entrar a urgencias se le toman constantes vitales: Tª 36.7, Tensión Arterial 88/55, Frecuencia cardiaca 86, Saturación O2 95%, Glucosa 329. Se solicita analítica y TAC de abdomen de urgencia.

**JUICIO CLÍNICO:** Sepsis de probable origen cutánea e infección herida quirúrgica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En analítica se evidencia fallo renal agudo con Creat 3.4, Urea 81 mg/dl, PCR elevada de 49 mg/dl, coagulopatía y plaquetopenia leve (INR 1.68, Plaquetas 105000). El informe del TAC indica engrosamiento de la pared abdominal anterior, paraumbilical derecha, de 85 mm aproximadamente de extensión en plano transversal; en su interior muestra una colección heterogénea, de 19 mm aproximadamente de diámetro máximo, que protruye en la grasa mesentérica, la cual muestra discreto aumento de atenuación, de características inflamatorias. Conclusión: Signos de infección de la herida en pared abdominal, con cambios inflamatorios en la pared muscular y presencia de una colección asociada, con leves cambios inflamatorios en la grasa mesentérica. Las pruebas determinaron el diagnóstico de Sepsis cutánea. Celulitis e infección de herida quirúrgica. Fallo renal agudo (Rifle Fallo) con diuresis conservada y Coagulopatía.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se deriva a la paciente a hospitalización, donde se seguirá el siguiente plan de cuidados: Monitorización continua. Antibioterapia empírica de amplio espectro (linezolid y meropenem). Cultivos. Fluidoterapia intensiva. Vigilar diuresis y balances. TAC de control.

**CONCLUSIONES:** La identificación de la Sepsis en sus fases iniciales es un desafío para los médicos, he aquí la importancia de las pruebas diagnósticas capaces de localizar la zona afectada, para poder realizar un tratamiento antibiótico adecuado y efectivo.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TRATAMIENTO, SEPSIS, TAC, UCI, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

## ANÁLISIS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS LESIONES MAMARIAS

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA, ROCIO GARCÍA SERRANO

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es la primera causa de cáncer en mujeres, por lo que es importante conocer de que técnicas diagnósticas disponemos y cuándo emplearlas.

**OBJETIVOS:** Determinar las características radiológicas de las lesiones mamarias Identificar los signos radiológicos para la detección precoz de cáncer de mama. Analizar las principales técnicas de imagen para el estudio de la patología mamaria.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Los métodos diagnósticos en patologías mamarias son la mamografía que es la técnica más sensible para el diagnóstico de cáncer de mama. Hay dos tipos de mamografía: Mamografía de screening en mujeres asintomáticas. Las lesiones no palpables han aumentado gracias a programas de screening poblacionales. Y la mamografía de diagnóstico que se realiza a mujeres sintomáticas. Y la ecografía es una técnica complementaria a la mamografía. Es el método de guía de elección para realización de biopsia cuando las lesiones se ven con esta técnica de imagen. Y la resonancia magnética no es una técnica de elección inicial. Se plantea cuando los métodos diagnósticos habituales no son concluyentes. Se obtiene información morfológica y funcional de las lesiones. La técnica inicial de diagnóstico se realizará en función de la edad y de los antecedentes de cáncer de mama: Pacientes mayores de 35 años o entre 30-35 años con antecedentes familiares con cáncer de mama: Estudio inicial: Mamografía, Ecografía: Pacientes menores de 30 años o entre los 30 -35 años sin antecedentes familiares con cáncer de mama: Estudio inicial: Ecografía y mamografía. Las lesiones mamarias se clasifican según la clasificación BIRADS creada para unificar criterios en la descripción y manejo de las lesiones mamarias.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que disponemos de métodos de imagen para diagnóstico precoz de cáncer de mama como el BIRADS que permite unificar criterios en el manejo de las lesiones mamarias.

**PALABRAS CLAVE:** MAMOGRAFÍA, LESIONES MAMARIAS, ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA, DIAGNÓSTICO.

## **LA IMPORTANCIA DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PREIMPLANTATORIO**

ISABEL MARÍA GARCÍA FRANCO, CRISTINA ARIAS RIVERA, MARIA DE LA SOLEDAD LOZANO GOMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 30 años (AP sin interés) derivado del servicio de radiología que tras la realización de un TAC con contraste YODADO IV inicia un cuadro de rubefacción y prurito, inflamación facial a nivel labial y parpebral, acompañado de sensación nauseosa y disnea, coincidiendo con la administración del contraste.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Sat 97% 105/61 mmHg 63 lpm, BEG, normocoloreado e hidratado. Cabeza y cuello: carótidas rítmicas, isopulsátiles. No ausculto soplos. Orofaringe sin alteraciones. No edemas de úvula. Adenopatías no palpables. No ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca rítmica y buena frecuencia, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes normales, blando depresibles, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, no defensa abdominal. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Extremidades: pulsos distales presentes y simétricos, no signos inflamatorios, no edemas, no trombosis. Enrojecimiento en mano, región periumbilical y prurito generalizado.

**JUICIO CLÍNICO:** Reacción alérgica al Contraste yodado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La reacción anafiláctica podría haber sido causada por otra sustancia pero al estar directamente relacionada a la administración del contraste yodado, esa posibilidad es descartada.

**CONCLUSIONES:** En las unidades de radiodiagnóstico es de vital importancia la instauración de protocolos de actuación ante las posibles reacciones alérgicas al contrastes yodado administrado sobre todo en la salas de TAC, y con la debida formación del personal para la identificación y manejo de estas situaciones.

**PALABRAS CLAVE:** CONTRASTE, TAC, PRURITO, ENROJECIMIENTO, REACCIÓN ALÉRGICA.

## HALLAZGO DE TROMBOFLEBITIS MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER

MIREYA ALVAREZ AVILES, BEATRIZ GARCÍA CASTILLO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente hombre de 37 años acude al servicio de urgencias por dolor en la pierna derecha, más concretamente en la zona gemelar con empastamiento de la pierna. Tiene antecedentes de trombosis y problemas de circulación para los que toma warfarina. Ha tenido problemas en los aviones como principios de un coagulo. Además, hace 3 días le picó un insecto en la misma zona.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física confirma una linfangitis en la zona de la picadura que se extiende en forma de bota más por la parte interna. Como prueba complementaria se pide un ecodoppler de MID para confirmar o no que se trate de una infección derivada de la picadura.

**JUICIO CLÍNICO:** En la ecografía se observa la dilatación y tortuosidad de la vena superficial en la cara interna del tercio distal del muslo y proximal de la pierna, con aumento de ecogenicidad en su luz, ausencia de flujo en doppler y la no respuesta a compresión sugieren una probable tromboflebitis. **DIAGNÓSTICO**

**DIFERENCIAL:** Al presentar el paciente antecedentes de trombosis y tras realizar el estudio ecográfico se descarta la linfangitis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Además del auto cuidado que debe realizar el paciente aplicando calor en la zona, elevando la pierna afectada y usando medias de compresión y tomando antiinflamatorios, también seguirá con su tratamiento de Warfarina.

**CONCLUSIONES:** Tromboflebitis de MID.

**PALABRAS CLAVE:** PIERNA, ECODOPPLER, INFECCIÓN, TROMBOSIS.

## PACIENTE CON MALARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALVARO RUBIO MORILLA, MIRIAM JIMÉNEZ GARCÍA, IRENE MATADOR SANTOS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 53 años que, tras la vuelta de Guinea Ecuatorial hace siete días, refiere fiebre y escalofríos de 2 días de evolución, tos y expectoración blanca sin disnea ni dolor torácico y algún vómito de forma ocasional, sin dolor abdominal ni diarrea. No molestias urinarias. Ha padecido malaria en unas 10 ocasiones y no ha tomado quimioprofilaxis.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tensión arterial 119/64 Fc 120 lpm. Temperatura 38,5 °C; SatO<sub>2</sub> 99%. Buen estado general pese a la fiebre. ACP normal. Pruebas complementarias: Rx Tórax: normal. Analítica: Glucosa, Creatinina, Urea e Iones normales; Bilirrubina 1.7 (0-1.1) / GPT 61 (0-41); Proteína C Reactiva 25 (0-5); Procalcitonina 0,6 (<0,5); Leucocitos 6.100 (N 86%, L 10%, M 4%); Hb 14.8 (13-17); Plaquetas 99 (140-400); INR 1.16 (0.8-1.2). Se cursa Gota Fría: Negativo. Se cursa reacción en cadena de la polimerasa.

**JUICIO CLÍNICO:** Malaria (positivo *Plasmodium falciparum*). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La Reacción en Cadena de la Polimerasa ha revolucionado el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Si está elevada y Procalcitonina elevada con infección bacteriana. En este caso la procalcitonina está ligeramente elevada y también la bilirrubina; las plaquetas descendidas. Ya se ha dicho que la gota gruesa (frotis) fue negativa. Por lo que pasados 2 días llega el resultado de la PCR con Reacción en Cadena de la Polimerasa: Dengue (RNA): No detectable; Chikungunya (RNA): No detectable; Zika virus (RNA): No detectable; Plasmodium spp (DNA): Positivo. En pacientes con malaria la procalcitonina puede estar elevada.

**CONCLUSIONES:** Por lo que el paciente que al no tomarse la medicación profiláctica sufre de Malaria. Uno de los principales problemas de salud es el agua y su saneamiento y al viajar a un país tropical exótico se recomienda beber agua embotellada o clorada, hervida, etc. Otro de los problemas en íntima relación con el agua son los mosquitos.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE, MALARIA, PCR, VIAJERO.

## ANÁLISIS SOBRE LOS ARTEFACTOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA, ROCIO GARCÍA SERRANO

**INTRODUCCIÓN:** La tomografía computarizada (TC) es una técnica que utiliza rayos X para ayudar a detectar una variedad de enfermedades, lo hace obteniendo imágenes de cortes axiales del paciente. A veces las imágenes pueden ser alteradas por artefactos, se definen como distorsiones de la imagen que puede ser interpretada erróneamente como signos reales de patologías, por lo que degradan la calidad de imagen.

**OBJETIVOS:** Determinar los artefactos para evitar informes erróneos o encubrir una patología. Identificar las técnicas para la eliminación de los artefactos en esta técnica.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas.

**RESULTADOS:** Según las causas que lo producen existen varios tipos dependiendo de las razones físicas: Se debe al comportamiento de los rayos X al atravesar al paciente. Por razones técnicas se debe a los fallos en los detectores. También por movimiento de la maquina o por el propio paciente y otros artefactos ocasionados por materiales internos y externos del paciente.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante el conocimiento del técnico sobre los diferentes artefactos que existen y distinguir los diferentes tipos, sus causas y las formas de evitarlos es importante para establecer un diagnóstico preciso.

**PALABRAS CLAVE:** TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, ARTEFACTOS, IMÁGENES, TÉCNICO.

## ANÁLISIS SOBRE LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, ROCIO GARCÍA SERRANO, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es un tumor maligno, existen dos tipos principales de cáncer de mama: carcinoma ductal y carcinoma lobulillar.

**OBJETIVOS:** Determinar las pruebas diagnósticas para la detección del cáncer de mama en los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas.

**RESULTADOS:** Para detectar un cáncer de mama y poder realizar un buen diagnóstico se realizan las siguientes pruebas como la mamografía que es un tipo de técnica específica para observar las mamas. Utiliza rayos X de baja dosis. Hay dos tipos de mamografía de screening y de diagnóstico. La ecografía es un importante método de diagnóstico complementario en patologías mamarias. La ecografía es una técnica de diagnóstico médico, en la que las imágenes se forman por el uso de ultrasonidos. Podemos detectar lesiones malignas y benignas, siempre que se esté en duda de la patología que es, se le realiza una biopsia. La resonancia magnética no es una técnica de elección inicial en el manejo de las lesiones mamarias. Se plantea cuando los métodos diagnósticos habituales no son concluyentes. Con la resonancia magnética no solo se consigue un estudio anatómico de los diferentes órganos si no también fisiológico.

**CONCLUSIÓN:** Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de mama y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase está la enfermedad, se debe determinar cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente. Por lo que se quiere conseguir una reducción de la mortalidad por cáncer de mama, mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas, diagnosticar la enfermedad en aquellas mujeres que todavía no les ha dado ningún síntoma ni signo y la curación de las enfermedades que están en el inicio de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** CÁNCER, DIAGNÓSTICO, MAMOGRAFÍA, ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA.

## USO DE RADIOLOGÍA EN EL QUIRÓFANO HOSPITALARIO

LIDIA CANALEJO GONZALEZ, ROCIO GARCÍA SERRANO, MARÍA DEL CARMEN MARÍN MIRANDA

**INTRODUCCIÓN:** En determinados quirófanos es frecuente disponer de equipo de rayos X debido a que, en algunas intervenciones, es necesario el seguimiento por escopias de la evolución quirúrgica. Escopia es la captación de una estructura del interior del cuerpo humano.

**OBJETIVOS:** Analizar la evidencia empírica acerca del uso de la radiología en el quirófano hospitalario.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda de información en manuales dirigidos al técnico en radiodiagnóstico.

**RESULTADOS:** El personal sanitario deberá de cumplir una serie de condiciones antes de entrar en el área quirúrgica. Debe haber una buena iluminación ajustable para poder realizar un trabajo delicado. Se debe respetar las medidas de asepsia: tales como gorros, batas, lavado de manos etc. De protección radiológica como: delantales plomados, protectores tiroideos, guantes etc. En la sala de quirófano solamente podrá estar el mínimo personal posible y totalmente protegido de radiaciones en el momento de su funcionamiento. Hay que anotar el tiempo global de exposición cuando se efectúe una monitorización radioscópica y todo esto debe estar recogido en los diferentes protocolos de las unidades del servicio.

**CONCLUSIÓN:** El personal técnico en radiodiagnóstico debe de estar preparado y habituado al manejo del equipo de rayos X en este servicio, pues su importancia radica en el buen funcionamiento de la intervención. El tubo de rayos X debe de estar cubierto con un pañuelo estéril para mantener la asepsia quirúrgica, todo el material a emplear como porta-chasis, rejillas, etc. Se limpiara y se comprobará su funcionamiento antes de empezar la intervención quirúrgica.

**PALABRAS CLAVE:** QUIRÓFANO, RADIOGRAFÍA, ESCOPIA, RAYOS X.

## TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO DE UNA FIBROCOLONOSCOPIA

YESICA MUELLE ZURITA, ANGELES SALAR HERRERO, ANA BELEN ESCOBAR CASAS

**INTRODUCCIÓN:** Se define una fibrocolonoscopia como el examen del colon hasta el ciego, realizada con un fibrocolonoscópico. Este procedimiento nos ayudara a observar con detalle el interior del intestino grueso y podremos realizar recogidas de muestras del mismo. El objetivo de la realización de esta prueba suele ser diagnóstico o terapéutico. Se debe realizar en un aérea específica para la realización de pruebas digestivas, para casos ordinarios, y dentro de cualquier aérea hospitalaria para casos urgentes. Las personas implicadas para la realización de esta prueba son TCAE, enfermera, un médico digestivo y un anestesiólogo. Es conveniente que el paciente se haya realizado una limpieza previa de colon, realizando una dieta específica, que haya utilizado enemas o laxantes y debe de estar seis horas antes en ayunas.

**OBJETIVOS:** Nuestro objetivo principal es determinar el procedimiento de la técnica de una fibrocolonoscopia en los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Para la elaboración de este trabajo realizaremos una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed entre los años 2011 y 2016. Usando los descriptores: fibrocolonoscopia, técnica, procedimiento, colon, intestino grueso y visualizar.

**RESULTADOS:** La realización de este tipo de pruebas suelen ser muy desagradables para el paciente, con lo cual, no se suelen realizar a no ser que se tenga algún tipo de sospecha patológica. Los resultados suelen ser concluyentes, actualmente los recursos materiales para su realización nos facilitan la rápida localización del problema y en ocasiones pueden eliminarlo.

**CONCLUSIÓN:** El TCAE debe de informar al paciente de que régimen alimentario y de defecación debe de seguir para que la prueba se realice con normalidad. Es un método preventivo para el cáncer de colon.

**PALABRAS CLAVE:** FIBROCOLONOSCOPIA, TÉCNICA, PROCEDIMIENTO, COLÓN, INTESTINO GRUESO, VISUALIZAR.

## LA INTOXICACIÓN CON SALES DE LITIO

TATIANA GARCIA SANCHEZ, MARIA JOSE MARTIN JURADO, MARIA TERESA MOYA MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 40 años, procedente de Honduras refiere dificultad para caminar y temblores en el cuerpo, somnolencia, fiebre en la última semana y una crisis convulsiva. Como antecedentes destaca trastorno bipolar, síndrome de pánico y depresión desde hace 8 años. Uso crónico de carbonato de litio, prometazina, carbamazepina y paroxetina.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración mantiene contacto con la mirada, con afasia de expresión, no respuesta a los estímulos verbales, reconociendo a los familiares y mantiene un estado neurológico de vigilia. Pupilas isocóricas y fotorreactivos, presencia de nistagmo. Evaluación de los pares craneales, sensibilidad y fuerza muscular perjudicada por falta de reactividad. Niveles de Litio en suero 2,5 mEq/L.

**JUICIO CLÍNICO:** Intoxicación por Litio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Descartando un síndrome serotoninérgico y un síndrome neuroléptico maligno, principalmente por el estado hemodinámico, la principal sospecha con las manifestaciones de letargia, confusión, hipotensión y estado epilepticus hace sospechar de una intoxicación por los niveles de litio en sangre, corroborada posteriormente por la litemia determinada.

**CONCLUSIONES:** Los efectos colaterales del litio, aunque sea de difícil manejo, no quita su posición como tratamiento de elección para los trastornos bipolares en todas las edades, las principales teorías sobre el mecanismo de acción incluyen los efectos sobre electrolitos y transporte iónico, especialmente cationes monovalentes y divalentes, los efectos sobre neurotransmisores y su liberación y los efectos sobre segundos mensajeros. Como daño colateral encontramos habitualmente un compromiso cerebeloso y ataxia cerebelosa, pudiendo ocasionar secuelas permanentes. Se cree que el mecanismo de lesión cerebelar inducido por litio es mediado por la entrada de calcio en las células de este órgano. La concentración plasmática de litio debe ser dosificada periódicamente, con el fin de ajustarla y evitar la toxicidad.

**PALABRAS CLAVE:** LITIO, EXPLORACIÓN, INTOXICACIÓN, LITEMIA.

## **PACIENTE ADULTO CON FIEBRE: LESIONES CUTÁNEAS PAPULOVESICULOSAS**

VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 39 años que acude a urgencias por presentar fiebre de 39°C desde hace 3 días y con aparición de lesiones cutáneas pruriginosas. Refiere que su hijo tuvo varicela hace un par de semanas y que él no recuerda haberla pasado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente presenta buen estado general, eufórico, febril, buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos, presenta lesiones papulovesiculosas de 3-4 mm de diámetro por todo el cuerpo. Se realiza analítica en la que están todos los valores normales y placa de tórax para descartar neumonía por varicela.

**JUICIO CLÍNICO:** Varicela. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumonía por varicela.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se pone enrasamiento con aciclovir y loción que alivie lesiones cutáneas tras realizar un Rash cutáneo.

**CONCLUSIONES:** La varicela es una enfermedad con una alta prevalencia en la edad infantil con poca relevancia pero cuando aparece en la edad adulta puede presentar graves complicaciones e incluso puede llegar a ser mortal, es por lo tanto muy importante su seguimiento y un tratamiento precoz en la neumonía varicelosa.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TERAPIA, PACIENTE, FIEBRE.

## HEMOPTISIS DE URGENCIA EN PACIENTE ADULTO

VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de cincuenta años que acude al servicio de urgencias debido a la aparición de esputos con sangre. Este no presenta ningún otro síntoma aparentemente.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Aceptable estado general, consciente y orientado. Buena coloración de la piel y mucosas. Bien hidratado y bien perfundido. Sin rigidez de nuca. Auscultación cardiorespiratoria ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen blanco, depresible, no doloroso. Sin organomegalias. Peristaltismos presentes. No ram. Extremidades sin edemas signos trombosis, ni artritis. Sin lesiones cutáneas. Muy ansiosa y con tos persistente, hemoptisis franca. Roncus en campos pulmonares. No adenopatías. Pruebas complementarias: rx torax asimétrica mamaria. No condensación, ni masas ni cavidades. Análisis de sangre: hb 10.6. Hcto: 32, leucos , plaquetas y coagulación normal. Bioquímica básica normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Hemoptisis en estudio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemoptisis: Infección respiratoria.

**PLAN DE CUIDADOS:** Vigilancia del proceso ya que la paciente esta tomando anticoagulantes orales.

**CONCLUSIONES:** Debemos de tener en cuenta en el estudio que la paciente tiene patologías respiratorias, y vigilar si los valores de coagulación son alterados durante el ingreso. Debe de llevar una exhaustiva revisión vigilada por un profesional con su determinada mediación de anticoagulantes orales.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TERAPIA, SANGRADO, NASAL.

## **PARTO PREMATURO DE 32 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ANA MARIA MORALES CARMONA, ANA MARIA CARDENAS JAEN, MARGARITA OSTOS ALARCON

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Gestante de 32 semanas que acude a consulta por posible bolsa rota. La paciente refiere que estuvo la semana anterior ingresada por vómitos y contracciones rítmicas y efectivas. Se inicia tratamiento con sulfato de magnesio. Se le pasaron las contracciones, pero recibió dosis de corticoides para maduración pulmonar del feto. Medicación que fue recibida: Betametasona; Cariban dos cápsulas al acostarse.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** FC: 140/80. Temperatura 37,8. Nerviosa. Se confirma fisura en la bolsa amniótica con la consiguiente pérdida de líquido, el cual es limpio y transparente. Se coloca monitor a la paciente en intervalos, se comprueba que las contracciones empiezan a ser rítmicas. La paciente pasa a planta para vigilancia. La noche la pasa nerviosa, en la mañana vuelve a parecer las contracciones esta vez ya rítmicas y efectivas. Pasada una media hora se vuelve a comprobar, cuello borrado y tres centímetros de dilatación pélvica. Pasados unos minutos se coloca monitoreo fetal interno. Se pasa a paritorio para colocación de catéter epidural. Desde ese momento acompañada por su marido que comenta que se adormido un momento. Se vuelve a comprobar la dilatación es completa se comienza trabajo de expulsión, se realiza episiotomía. Trabajo de parto 23 minutos en cefálica. Nace una niña. Peso 2.180 Gramos.

**JUICIO CLÍNICO:** Parto prematuro de 32 semanas. **PLAN DE CUIDADOS:** Se revisa a la paciente para ver que el útero comienza a disminuir y el sangrado es normal, cura de la episiotomía. Se le informa sobre cómo debe realizar la lactancia maternal.

**CONCLUSIONES:** La paciente pasa a reanimación, pasadas unas horas si todo va bien podrá ver a su hija y se realizan curas de episiotomía.

**PALABRAS CLAVE:** CORTICOIDES, MONITOR, DILATACIÓN, PARTO PREMATURO.

## **BLOQUEO SUPRACLAVICULAR DE PLEXO BRAQUIAL EN PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE**

LORENA BONMATÍ GARCÍA, JUANA GARCIA NAVARRO, ANA ISABEL CALERO YAÑEZ, GEMA RUBIO POSTIGO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 9 años de edad y 44 kg de peso y diagnosticado de enfermedad de Duchenne desde los 6 años, acude a urgencia por caída accidental y dolor en el brazo derecho.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Radiografía del brazo derecho y analítica.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de tercio superior de húmero derecho. **PLAN DE CUIDADOS:** Se decide realizar una anestesia locorregional que minimice los riesgos de este tipo de paciente. Se premedica con midazolam oral y se aplica crema anestésica para posterior canalización de vía periférica. Se monitoriza TA, pulsioximetría, y ECG. Con el paciente en decúbito supino se realiza bloqueo de plexo braquial a nivel supraclavicular guiado con ecografía y neuroestimulador. Minutos más tarde, la aparición de hormigueo, pérdida de fuerza y síndrome de Claude Bernard-Horner, homolateral, son signos de eficacia del bloqueo. La anestesia completa se consigue a los 10 minutos y dura 60 minutos.

**CONCLUSIONES:** El bloqueo braquial a nivel supraclavicular puede ser útil para intervenciones en el tercio superior del brazo y debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes en los que, como en el caso de enfermedad de Duchenne, el riesgo inherente a la anestesia general es elevado. La distrofia muscular de Duchenne (DMC) es la más común y grave de todos los tipos de distrofias musculares en niños. Se afectan primero los músculos proximales de la pelvis y los hombros, con infiltración adiposa y debilidad. Durante la anestesia, es posible que una afectación cardíaca no detectada produzca taquicardia, fibrilación ventricular e incluso paro cardíaco. En estos pacientes debe evitarse el uso de relajantes despolarizantes tipo succinilcolina, sobre todo combinados con anestésicos inhalatorios potentes, que favorecen a la rabdomiólisis e hiperpotasemia que pueden dar lugar a paro cardíaco. También existe mayor riesgo de desarrollar hipertemia maligna. Con los relajantes no despolarizantes, existe la posibilidad de desarrollar una respuesta prolongada que dificulta la extubación.

**PALABRAS CLAVE:** DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE, BLOQUEO SUPRACLAVICULAR, HIPERTROFIA, RABDIOMIÓLISIS, HIPERPOTASEMÍA, HIPERTERMIA MALIGNA.

## **ANÁLISIS SOBRE EL TIPO DE ACCESO VASCULAR EN LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS**

MARTA MORENO ANGULO, ANA AURORA PAÚL SERRANO, MARIA TORRES LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** La morbilidad y mortalidad del paciente en programa de diálisis tienen una relación directa con el tipo de acceso vascular tanto al inicio como en el seguimiento del TSR.

**OBJETIVOS:** Analizar las repercusiones sobre el tipo de acceso vascular en la morbilidad y mortalidad de los pacientes en hemodiálisis.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre los accesos vasculares y la relación que guarda con la morbilidad y mortalidad de los pacientes en HD.

**RESULTADOS:** El riesgo de complicaciones infecciosas al inicio de diálisis se multiplica por cuatro cuando se utiliza un catéter comparado con un fístula o un injerto y hasta por 7 cuando el catéter es el AV prevalente. Por lo que hay un significativo incremento en el riesgo de mortalidad asociada con el uso del catéter, especialmente en el primer año de diálisis.

**CONCLUSIÓN:** Un acceso vascular ideal debe cumplir al menos 3 requisitos: acceso seguro y repetido al sistema vascular del paciente, un flujo suficiente y pocas complicaciones. La que mejor cumple estos requisitos es la FAV autóloga, en especial la radiocefálica, son las de mayor supervivencia y menos complicaciones (complicaciones 10 veces más frecuentes en las protésicas). Las guías coinciden en 2 principios básicos para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a los AV para HD: aumentar el porcentaje de fístulas autólogas en el periodo prediálisis y disminuir el uso de catéteres centrales (se relacionan de forma directa con el incremento de la morbilidad y mortalidad).

**PALABRAS CLAVE:** ACCESO VASCULAR, MORTALIDAD, HEMODIÁLISIS, AUTÓLOGAS.

## INTERPRETACIÓN DE PERFIL CARDÍACO EN ANALÍTICA SANGUÍNEA PARA ENFERMERÍA

VIRGINIA MARIA TORREGROSA CAÑIZARES, NOELIA MARIA CASILLAS JURADO, PABLO CASILLAS JURADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 63 años que acude a urgencias por dolor torácico de inicio súbito irradiado a miembro superior izquierdo. El paciente tiene diagnosticada hipertensión arterial crónica y hipercolesterolemia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente a su llegada a urgencias se realiza una exploración clínica por parte del facultativo y enfermería realiza la toma de constantes, canaliza vía venosa periférica y realiza analítica sanguínea con perfil bioquímica, hemograma, coagulación y enzimas cardíacas. También se realiza electrocardiograma y radiografía de tórax.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras valorar sintomatología, interpretación de electrocardiograma y analítica con elevación de troponina se confirma diagnóstico; infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO**

**DIFERENCIAL:** Las enzimas cardíacas son estructuras proteicas que se encuentran dentro de las células musculares del corazón, denominados cardiocitos. Incluye las enzimas cardíacas (CK, CKMB y troponina). Valores normales: CK: 26-170 U/L. CKMB: 0,0 - 5,5 ng/mL. Troponina: 0-0.1 U-/L. En una situación donde el corazón esta sufriendo un daño, como por ejemplo un infarto agudo de miocardio (IAM), donde los cardiocitos mueren por la falta de oxígeno, las enzimas cardíacas aumentan en sangre. En este caso clínico presenta una analítica con estos valores: Creatinina 1,66; Glucosa 143; Urea 39; Na 138; K 3. Troponina T ultrasensible 75,5/ CK 155. ALT-GPT 27; Hemograma normal; INR 0,93.

**PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento recomendado es la administración de antiagregantes, fibrinólisis. Se traslada al paciente al servicio de hemodinámica. Es importante en el caso del dolor torácico, el electrocardiograma puede ser normal y haber alteración de enzimas cardíacas en análisis de sangre. En observación se realizan controles como son el seriar enzimas (se modifican con el paso de las horas). En todas las guías coinciden en recomendar la determinación en el momento de la atención clínica y, en el caso de negatividad, a las 3 horas de la presentación.

**PALABRAS CLAVE:** ANALÍTICA, SANGUÍNEA, TROPONINA, PERFIL CARDÍACO, SALUD.

## **RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPENDENCIA Y CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

ANA MARTINEZ ROMAN, MARTA MARTINEZ ROMAN, ROCÍO COMINO NIETO

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer es una enfermedad crónica-degenerativa, que va aumentando con el paso de los años. Debido a su complejo proceso de dicha enfermedad el paciente sufre por las alteraciones en la familia y la familia sufre con las del enfermo. Por lo que conlleva agotamiento, sufrimiento, empeoramiento de su enfermedad... en el cuidador principal.

**OBJETIVOS:** Conocer la relación entre nivel de dependencia y el grado de sobrecarga que presenta los cuidadores directo de un paciente oncológico en fase terminal.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo. Con una muestra de 95 pacientes y sus cuidadores respectivos. Se tuvieron en cuenta los siguientes datos sociodemográficos: sexo/edad/relación con el paciente/horas de cuidado al día/tiempo que lleva ejerciendo como cuidador. Las escalas utilizadas fueron la de Zarit reducida para el cuidador y el índice de Barthel para los pacientes para saber su nivel de dependencia.

**RESULTADOS:** Tras el estudio se observó que un 45% del total de los entrevistados poseían sobrecarga "cansancio del rol del cuidador". También se demuestra la relación entre sobrecarga y nivel de dependencia. El 85% presentaban sobrecarga de cuidadores de enfermos dependientes total, el 80% de enfermos con dependencia elevada, el 70% con dependencia moderada y el 52% con dependencia leve.

**CONCLUSIÓN:** El estudio permitió ver el grado de relación entre la dependencia del paciente con la sobrecarga del cuidador. A mayor dependencia mayor sobrecarga, aunque también se demuestra que en cualquier nivel de dependencia se observa sobrecarga del cuidador. Para ello es importante el apoyo de un equipo de salud que permita al cuidador sentirse acogido para poder expresar sus sentimientos y emociones y así posibilitar que continúe ejerciendo de cuidador con el menor sufrimiento posible.

**PALABRAS CLAVE:** CANSANCIO, SOBRECARGA, CUIDADOR, NIVEL DE DEPENDENCIA, PACIENTE ONCOLÓGICO.

## EL RECUENTO MANUAL DE LEUCOCITOS EN EL LABORATORIO

ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN, IVAN SALVADOR CORDERO JARAMILLO, JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE

**INTRODUCCIÓN:** Los leucocitos, que reciben el nombre de glóbulos blancos son un componente básico de la sangre y primordial en el sistema inmunológico del cuerpo. Por lo que hay cinco tipos de leucocitos, cada cual tiene funciones específicas. Se dividen en dos tipos principales: los granulocitos y agranulocitos. Los granulocitos se componen de los basófilos, eosinófilos y neutrófilos. Los agranulocitos se componen de los linfocitos y monocitos.

**OBJETIVOS:** Analizar el procedimiento para el recuento manual de leucocitos en el laboratorio.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Los resultados se definen como normal, leucocitos altos o leucocitosis y leucocitos bajos o leucopenias. El recuento normal es entre 4000 y 11000/ $\mu\text{L}$  para un adulto y entre 9000 y 30000/ $\mu\text{L}$  para un recién nacido. Los leucocitos altos es mayor de 11000/ $\mu\text{L}$  en adultos y 9000/ $\mu\text{L}$  en recién nacidos. Entre los diagnósticos que se pueden confirmar está la presencia de infección o una enfermedad subyacente. Los leucocitos bajos es menor de 4000 / $\mu\text{L}$  en adultos y 9000/ $\mu\text{L}$  en recién nacidos conlleva que exista una enfermedad, exposición a la radiación o deficiencia de la médula ósea.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que son células sanguíneas que dentro del organismo participan desarrollando diferentes funciones como son: fagocitosis, defensa inmunológica específica o inespecífica. El recuento de glóbulos blancos equivale a el número de leucocitos en un litro de sangre completa. El contabilizar los leucocitos es importantísimo para el diagnóstico de enfermedades.

**PALABRAS CLAVE:** LEUCOCITOS, LABORATORIO, RECUENTO, MANUAL, SANGRE, GLÓBULOS.

## TÉCNICAS DE ENFERMERÍA PARA TOMAR LA TENSION ARTERIAL

ESTHER LÓPEZ MARTÍNEZ, MARÍA ANGELES RECHE GARCÍA, PILAR SUÁREZ LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** La Presión Arterial es la tensión que se produce en los vasos sanguíneos (arterias) al ser bombeada la sangre por el corazón; ésta se mide en milímetros de mercurio con un instrumento que se llama Esfigmomanómetro. Se caracteriza por ruidos fuertes conforme la sangre fluye relativamente libre a través de una arteria. Presión sistólica: la que ejerce el corazón en su movimiento de sístole y transmite a la sangre que circula por las arterias. Presión diastólica: presión mínima del movimiento de sístole cardíaco. También representa la resistencia que ofrecen los vasos al paso de la sangre.

**OBJETIVOS:** Revisar la evidencia empírica acerca de las técnicas de enfermería para tomar la tensión arterial.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos utilizando los descriptores; sobre guías y técnicas para obtener una medición exacta de la tensión arterial.

**RESULTADOS:** Son muchos los factores que influyen en los valores de la presión arterial de cada persona. Tomarla proporciona valiosos datos sobre el estado del sistema circulatorio, además de dar pistas sobre enfermedades renales y otros trastornos. Es importante medirla con frecuencia, ya que la hipertensión no da síntomas. Existen tensiómetros que permiten medir electrónicamente en casa de forma fácil y cómoda, dan los valores en dígitos, y son menos exactos, pero son muy prácticos porque toman las dos lecturas rápidamente y lo hacen de forma autónoma.

**CONCLUSIÓN:** Por habitual que sea la práctica de esta medida no es menos importante que otras técnicas, ya que la tensión arterial es un parámetro vital de tal importancia, que sus valores se tienen en cuenta como factores de riesgo en el Infarto de Miocardio. La tensión arterial ha de ser considerada como una constante vital de extrema importancia y su medición se hará con el máximo rigor.

**PALABRAS CLAVE:** TENSION, PRESION, ARTERIA, CORAZON, SANGRE.

## NEOPLASIA EVOLUCIÓN INCIERTA DE PRÓSTATA:A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN, JOSEFA RAMOS MESA, CARMEN MEDINA JIMENEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que ingresa en quirófano programado para tratamiento quirúrgico sobre neoplasia prostática.. Antecedentes: Síndrome depresivo,no RAM,no fumador..

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. Hidratado. Bien perfundido. Se realiza extracción de hemograma, bioquímica y coagulación. Extracción de pruebas cruzadas. Sonda vesical

**JUICIO CLÍNICO:** Neoplasia displásica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dislipemia.

**PLAN DE CUIDADOS:** Diagnostico NANDA: 148. -Temor. Resultados (NOC): 1404. -Autocontrol del miedo. 1302. - Afrontamiento de problemas. 1302. - Afrontamiento de problemas. 04. Refiere disminución de estrés. 08. Se adapta a los cambios en el desarrollo. 09. Descripción de las complicaciones Intervenciones (NIC). 7310. -Cuidados de enfermería al ingreso. 5610. -Enseñanza: prequirúrgica. 5230. -Aumentar el afrontamiento. 5602. -Enseñanza: proceso de enfermedad.

**CONCLUSIONES:** Se somete a la operación con buen resultado. Se recomienda cura diaria en su domicilio del as heridas quirúrgicas con Betadine hasta la retirada de las grapas que será llevado a cabo en el Centro de Salud. Durante el tiempo que lleve la sonda no se taponará y se retirará en 15 días tras la intervención en su centro de salud. Se pauta antibiótico, un antibiótico cada 12 horas,el dia previo y el mismo dia de la retirada de la sonda. Beber abundante líquidos entre 2/3 L diarios con el objeto de orinar bastante que ayude a realizar el lavado de los restos de sangre que pudieran quedar en la vejiga. Se cita al paciente 1 mes después para revisión.

**PALABRAS CLAVE:** NEOPLASIA PROSTÁTICA, MIEDO, CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROSTATECTOMÍA RADICAL, SÍNDROME DEPRESIVO.

## **PACIENTE CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO POR INHALACIÓN DE HUMO**

MARTA LOPEZ GALLEGO, ESTHER GALLEGO ROMAN, BELEN PAREJA JIMÉNEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 42 años de edad que llega al servicio de urgencias de atención especializada por quemaduras de 2º grado en cara anterior del tronco y en parte anterior de las piernas, que representan un 36% de su superficie corporal quemada. A su vez, presenta un cuadro de disnea, con tos y esputo carbonáceo debido a la inhalación de grandes cantidades de humo por el incendio ocurrido en su domicilio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración presenta una disminución de la presión arterial, 94/46 mmHg, con taquicardia de 120 lpm, el pulso es rápido y filiforme. Presenta una saturación de oxígeno del 76% y Temperatura corporal de 39'8°. Comienza a manifestarse un edema en los labios. No alteraciones neurológicas. Pruebas complementarias: radiografía de tórax con lesión pulmonar por inhalación, gasometría arterial y hemograma. Gammagrafía pulmonar.

**JUICIO CLÍNICO:** Quemaduras de 2º Grado y lesión por inhalación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intoxicación por monóxido de carbono.

**PLAN DE CUIDADOS:** Monitorizar signos vitales. Administración de oxígeno al 100%. Administración inmediata de hidroxocobalamina y broncodilatadores. Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática). Administrar líquidos, según corresponda y asegurar nutrición adecuada.

**CONCLUSIONES:** La intoxicación por humo es la principal causa de morbimortalidad en los incendios. El humo es una mezcla de partículas carbonáceas suspendidas en aire caliente y gases tóxicos. Las manifestaciones clínicas de la intoxicación por humo son variables. Estos pacientes sufren una derivación de oxígeno y temperatura corporal elevada. En la evaluación de estos pacientes la presencia de esputo carbonáceo sugiere intoxicación grave por monóxido de carbono. Pueden presentar complicaciones debido a la obstrucción de la vía aérea y probabilidad de infección nosocomial.

**PALABRAS CLAVE:** QUEMADURAS, 2ºGRADO, DISNEA, ESPUTO CARBONÁCEO, EDEMA.

## EL LABORATORIO CLÍNICO Y EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS

JOSÉ MARÍA MÉNDEZ LIÑAN, EUGENIA LOPEZ MARTINEZ, MARÍA CLEOFÉ SÁNCHEZ RUBIO

**INTRODUCCIÓN:** La apendicitis aguda es un proceso de alta incidencia y la mayor causa de intervención quirúrgica abdominal. Pero muchas enfermedades pueden presentar un cuadro de dolor abdominal. Discernir entre las distintas patologías para lograr un diagnóstico concreto de apendicitis es fundamental para una intervención temprana que ahorre dolor y complicaciones al paciente. El papel del laboratorio hasta ahora se ha restringido a determinar el aumento de leucocitos como determinante de la enfermedad. Si bien es cierto en fases agudas la leucocitosis es evidente, en fases previas de la enfermedad no lo es tanto. Por lo que se han intentado desarrollar pruebas complementarias.

**OBJETIVOS:** Conocer pruebas complementarias para el diagnóstico de apendicitis.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de técnicas diagnósticas propuestas Como fuente bibliográfica se han empleado bibliotecas online como Google académico, DSpace, MediGraphic, revistas médicas.

**RESULTADOS:** Las propuestas actuales de técnicas para el diagnóstico son fundamentalmente tres: Determinación de cetonuria: se ha descartado por baja sensibilidad, ya que solo un 20% de los pacientes la presentan. Neutrofilia: asociada a la leucocitosis ha demostrado ser un indicador fiable, ya que eleva la efectividad de la detección al 95% de los casos. Proteína C Reactiva: La determinación de los valores de Proteína C reactiva por inmunoturbidimetría ha demostrado ser fiable ya que dicho factor se encuentra elevado en el 98,8% de los casos de apendicitis aguda.

**CONCLUSIÓN:** El recuento leucocitario es una técnica que no es definitiva en el diagnóstico de apendicitis. Recientemente se han sugerido técnicas complementarias para su determinación. De entre estas técnicas la determinación de neutrofilia y de proteína C reactiva son las que prometen mejores resultados.

**PALABRAS CLAVE:** LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, APENDICITIS, PROTEÍNA C REACTIVA.

## LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERPROLACTINEMIA EN LOS PACIENTES

JOSÉ MARÍA MÉNDEZ LIÑAN, EUGENIA LOPEZ MARTINEZ, MARÍA CLEOFÉ SÁNCHEZ RUBIO

**INTRODUCCIÓN:** La prolactina es una hormona adenohipofisiaria de naturaleza glucoproteica implicada en la regulación de la lactancia. Sus efectos actúan a nivel metabólico e inmunológico. Sus niveles normales en sangre se elevan en periodos de lactancia pero pueden verse también alterados por patologías. En casos de pacientes con tasas elevadas (hiperprolactinemia) las pruebas de laboratorio pueden ser necesarias para diagnosticar o descartar tumoraciones.

**OBJETIVOS:** Determinar los posibles diagnósticos de hiperprolactinemia y su diagnóstico en laboratorio.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios sobre hiperprolactinemia como fuente bibliográfica se han empleado diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** La producción de prolactina sigue un ciclo circadiano, aumentando durante el sueño. Por ello es importante estandarizar el momento de la muestra, que debe ser a primeras horas de la mañana. La medición se hace por métodos bioquímicos a través del espectrofotómetro y es recomendable acompañar de un perfil tiroideo. Los motivos por los que puede estar elevada la prolactina son variados, incluyendo físicos (estrés, actividad sexual y ejercicio) y farmacológicos (antipsicóticos y algunos inhibidores de recaptura hormonal), ambos pueden ser descartados por el médico durante la anamnesis. Los motivos patológicos incluyen la insuficiencia renal o hepática, hipotiroidismos, ovarios poliquísticos y tumoraciones hipofisiarias. Es en estos últimos donde los valores se encuentran más elevados (superiores a 150 ng/ml), siendo más elevados cuánto mayor es la tumoración. Los resultados pueden ser tan elevados que estén por encima del nivel de detección del método y sea necesaria la dilución de la muestra para obtener un valor real.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que existen múltiples factores pueden causar hiperprolactemia, su diagnóstico sigue unos pasos en los que han de colaborar estrechamente el médico y el laboratorio de diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** HOMOCISTEÍNA, CARDIOVASCULAR, CROMATOGRAFÍA, ATEROMA.

## HALLAZGO DE MENINGIOMA EN ESTUDIO DE MIGRAÑA

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 37 años de edad con antecedentes de intolerancia a flunarizina y triptizol, cefaleas frecuentes, síndrome depresivo en seguimiento en salud mental. Tratamiento habitual con sertralina, alprazolam, metoprolol 100, omeprazol, agomelatina y maxalt max hasta 4 veces a la semana. Acude a consulta por aumento de frecuencia de cefalea, que relata como retroculares, con fotofobia, sonofobia, incapacitantes para realizar actividades básicas diarias. Que suelen ceder mal con analgésicos habituales. En ocasiones se ha presentado además adormecimiento de hemicara derecha y sensación de pérdida de agudeza visual.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada piel y mucosas, eúneica en reposo, afebril, no signos meníngeos. Tensión arterial 138/74, Frecuencia cardíaca 78lpm. Auscultación cardíaca, tonos rítmicos y rudos, no soplos ni roces, Auscultación respiratoria murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados, fuerza en miembros conservada, no alteración de la marcha. Se solicita resonancia nuclear magnética craneal, con lesión extra axial con base de implantación meníngea y realce significativo con el gadolinio ubicada en región frontal derecha. Corresponde a meningioma en esta localización. Mide 10 mm de diámetro anteroposterior por 7 mm de diámetro trasverso y 9 mm de diámetro longitudinal. No se asocia a edema perilesional ni efecto masa significativo. No se observan otras alteraciones en la señal proveniente del parénquima encefálico. Fosa posterior de aspecto normal. Sistema ventricular, central, simétrico y no dilatado.

**JUICIO CLÍNICO:** Migraña. Meningioma frontal derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Del meningioma, metástasis derales, hemangiopericitoma, tumor fibroso solitario, sarcoma meníngeo primario. De la migraña, Cefalea crónica, cefalea tensional.

**CONCLUSIONES:** Dentro de los tumores primarios del SNC, el más común es el meningioma y su detección incidental es más frecuente en personas aiosas y de sexo femenino. Es común que los casos incidentales sean detectados durante el estudio de otras patologías del SNC.

**PALABRAS CLAVE:** CEFALEA, MIGRAÑA, MENINGIOMA, INCIDENTALOMA.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA HEPÁTICA

JULIA MARÍA RUBIO BELTRÁN, SARA MUÑOZ AGUILERA, ANA VIDAL SALCEDO

**INTRODUCCIÓN:** Una biopsia hepática es la técnica que se lleva a cabo para obtener una muestra de tejido hepático mediante punción y aspiración con aguja.

**OBJETIVOS:** Analizar las principales intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería ante la realización de una biopsia hepática.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica sobre la temática. Para ello se han utilizado las bases de datos PUBMED, DIALNET y ENFISPO, junto con el metabuscador Google académico, identificando diferentes estudios realizados en España hasta la fecha; completando la revisión con una búsqueda manual en Internet, revistas y libros, posteriores a 2013. De un total de 29 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 12 para su análisis en profundidad.

**RESULTADOS:** En líneas generales, las intervenciones de enfermería están dirigidas a varios objetivos simultáneos: Comprobar que el consentimiento informado está firmado. Extracción de analítica, siendo necesario tener una coagulación y recuento de plaquetas recientes. Canalizar una vía venosa periférica. Mantenimiento del periodo de ayuno previo. Colocación del paciente en decúbito supino, con el brazo derecho detrás de la cabeza. Valoración de las constantes vitales. Desinfección de la piel con antiséptico en el lugar de punción. Indicar al paciente que realice una espiración y contenga la respiración mientras se introduce la aguja. Realizar presión directa sobre el punto de punción. Cura con antiséptico y apósito estéril. Favorecer el reposo del paciente. Administración de analgesia pautada en caso de presentar dolor. Vigilancia de aparición de complicaciones (por ejemplo, hemorragia). Dar apoyo emocional al paciente y sus familiares.

**CONCLUSIÓN:** La enfermera es un elemento clave en la atención del paciente sometido a biopsia hepática, ya que su papel consiste en detectar necesidades, proporcionar cuidados y ser la coordinadora de todas las atenciones que deben de recibir el paciente y su familia.

**PALABRAS CLAVE:** BIOPSIA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, HEPÁTICA.

## CUANTIFICACIÓN DE PROTEÍNAS EN SUERO MEDIANTE INMUNO-DIFUSIÓN RADIAL SIMPLE

MARÍA BELÉN DE GREGORIO IARIA, ANA GARCÍA DUQUE, ADRIÁN JIMÉNEZ SALIDO

**INTRODUCCIÓN:** La inmunodifusión radial (IDR) es una técnica de análisis inmunológico de tipo cuantitativo. Se usa para detectar la cantidad de anticuerpos IgG, IgM e IgA que hay en el suero de una persona.

**OBJETIVOS:** El objetivo de esta técnica es determinar medidas para comprender la naturaleza de la reacción antígeno-anticuerpo in vitro y conocer los factores que intervienen en la reacción Ag-Ac y la forma en que afectan el resultado final.

**METODOLOGÍA:** En esta técnica, el antígeno se aplica sobre unos pocillos ejecutados en geles de agarosa que contienen una concentración determinada del anticuerpo específico. La muestra (plasma) que contiene una concentración desconocida de antígeno, difunde a través del gel y reacciona con el anticuerpo hasta alcanzar la zona de equivalencia (en ese punto el antígeno y el anticuerpo están en proporciones iguales). De modo que irán apareciendo precipitados antígeno-anticuerpo en forma de círculo alrededor del pocillo. Generalmente se requieren de 24 a 48 horas para que ocurra la difusión óptima y la precipitación se haga evidente. Nuestra placa contiene un estrato de gel de agarosa, con los siguientes antisueros monoespecíficos: IgG, IgA y IgM.

**RESULTADOS:** Se mide con una regla el diámetro del halo, obteniendo los siguientes resultados: 1. Color verde (IgG): 0.6 Cm 2. Color rojo (IgA): 0.65 Cm 3. Color azul (IgM): 0.7 Cm Las concentraciones obtenidas son: IgG: 1250mg/dl IgA: 319mg/dl IgM: 200mg/dl

**CONCLUSIÓN:** Las concentraciones obtenidas de la muestra concuerdan con los valores de referencia, por lo tanto el paciente tiene una cantidad correcta de Ac en sangre. Cuantificar estos anticuerpos es muy importante, ya que los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunológico, y sirven para atacar a los antígenos, tales como bacterias, virus o alérgenos. Por lo general, estos parámetros se miden simultáneamente. Al evaluarse juntos, le brindan al médico información importante sobre el funcionamiento del sistema inmunológico.

**PALABRAS CLAVE:** INMUNODIFUSIÓN, ANTÍGENO, ANTICUERPO, SUERO.

## ABORDAJE DE UN PACIENTE CON MOLESTIAS URINARIAS

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 41 años de edad que acude por primera vez a consulta tras cambio de médico, refiere llevar unos días con disuria, refiere sensación de quemazón en el caño de la orina. Niega contacto sexual de riesgo, no fiebre, no hematuria. Niega haber tenido síntomas parecidos previos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Tensión arterial 110/70, afebril. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Exploración genital, se observa surco balano-prepucial enrojecido. Se solicita tira de orina que se hace en el momento con glucosuria importante. Solicito analítica completa con perfil hepático y hemoglobina glicosilada. A destacar HbA1 9.5. Se inicia tratamiento con metformina, a pesar de lo cual no existe buen control. Rehistoriando al paciente refiere antecedente familiar de su madre en tratamiento con insulina, por lo que se decide iniciar tratamiento con insulina. Tras lo cual control de cifras de glucemia al azar y postprandiales <120.

**JUICIO CLÍNICO:** Diabetes Mellitus tipo 1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diabetes Mellitus tipo 2, infección orina, cistitis, candidiasis genital.

**CONCLUSIONES:** Los síntomas de la diabetes tipo 1 tienden a aparecer de forma repentina: aumento de sed, sequedad en la boca, aliento afrutado, orinar mucho. Como los niveles de azúcar en la sangre permanecen altos, puede aparecer: pérdida de peso, aumento de apetito y falta de energía. En cuanto a la piel, son más propensos a infecciones bacterianas, infecciones por hongos, prurito, piel seca y mala circulación. Como en el caso de nuestro paciente que el dato que le hizo consultar fue candidiasis.

**PALABRAS CLAVE:** CANDIDIASIS, MOLESTIAS URINARIAS, DIABETES TIPO 1, GLUCEMIA ALTERADA.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LABORATORIO EN CASO DE PIELONEFRITIS

BLANCA DÍAZ SARABIA, LAURA RUIZ GANFORNINA, SANDRA RAMIREZ BERNAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** En este caso clínico vamos a comentar el caso de una paciente de 28 años que llega al Hospital Universitario Reina Sofía por sospecha de un cólico nefrítico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración física aparenta normalidad por lo que se decide realizar además de un análisis de sangre y de orina, un TAC con contraste de abdomen y pelvis. Donde se observa la presencia de un pequeño derrame pleural. Destacando que el riñón derecho muestra un aspecto globuloso, con múltiples áreas hipocaptantes. Además, existe una discreta trabeculación de la grasa perirrenal y líquido en el espacio perirrenal ipsilateral. Para ello se coloca un catéter doble J con extremos en vejiga y en uréter proximal derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras los resultados obtenidos sospechamos que esta paciente pueda tener cólico nefrítico, además de presentar una infección urinaria y abscesos renales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cólico nefrítico o PNF aguda. Se realizan varios TAC para comparar resultados, en el último TAC verificado ya no observamos derrame pleural y prácticamente se han resuelto las colecciones renales presentes. Aunque los análisis de orina dan positivo tanto en leucocitos como nitritos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tras la mejoría de la paciente se decide el alta domiciliar con vía PICC y tratamiento antibiótico domiciliario, debido a la sepsis urinaria que presenta.

**CONCLUSIONES:** La pielonefritis está causada por una infección de la vejiga que a través de la uretra puede llegar a la pelvis renal y a los riñones. Existe mayor prevalencia en mujeres que en hombres, debido a la anatomía del aparato genital femenino. Sobre todo, en mujeres jóvenes, activas en la vida sexual y embarazadas. Como conclusión, esta paciente de la que se sospechaba cólico nefrítico resulta ser que padece de pielonefritis aguda.

**PALABRAS CLAVE:** PIELONEFRITIS, PELVIS, RIÑÓN, CÓLICO NEFRÍTICO.

## ESTUDIO SOBRE EL ZINC EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANA BELEN RIOS CALDERAT, AGUEDA MORENO LAUP, ROSA MARÍA JIMÉNEZ CORONADO

**INTRODUCCIÓN:** El zinc es un elemento químico que participa en muchos procesos biológicos, siendo uno de los oligoelementos más abundantes del sistema nervioso (después del hierro). Es un analito cuya cuantificación por el laboratorio resulta necesaria para el control nutricional de los pacientes en unidad de cuidados intensivos (UCI) y además es muy importante para diversas enfermedades neurológicas como alzheimer y otras degenerativas.

**OBJETIVOS:** Determinar los niveles de zinc en los pacientes de UCI sometidos a nutrición parenteral.

**METODOLOGÍA:** La determinación de los niveles de zinc en sangre se realizó en el suero de pacientes obtenidos mediante centrifugación (3500 rpm durante 10 minutos) de sangre total, obtenida en tubos especiales exentos de metales (tubo tapón azul). El método empleado fue espectrofotometría de absorción atómica de llama (Thermo scientific ICE3000, serie AA Spectrometer), corrección de fondo con lámpara de deuterio, usando una mezcla de acetileno y aire, con campana de extracción clase 1. Para la obtención de los resultados utilizamos una curva de calibración de 4 puntos de concentración cuyo rango oscila entre 0.5 Y 2 microgramos/L. Los datos fueron recogidos en nuestro sistema informático (Open Lab).

**RESULTADOS:** En el año 2017 se analizaron un total de 106 determinaciones de pacientes ingresados en UCI, de los cuales encontramos 67 (63,2%) con niveles inferiores a los considerados normales y 39 (36,8%) con niveles de normalidad. Los valores de referencia de nuestro laboratorio oscilan entre 0,6 y 1,30 microgramos/L.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que hemos observado que los niveles de zinc estudiados en los pacientes de UCI con nutrición parenteral tienen déficit de este elemento, por tanto es de gran importancia la determinación para el estado nutricional del paciente ante la mayor número de pacientes que reciben alimentación artificial de forma prolongada en nuestro hospital.

**PALABRAS CLAVE:** LABORATORIO, TEST, METALES, ANÁLISIS.

## AMIGDALITIS AGUDA A PARTIR DE UN CASO

CLAUDIA CALDUCH VARGAS, BOUCHRA CHARKI Z'MAT, ROCIO GARCÍA DELGADO, MARIA JOSE MARTINEZ MUÑOZ, ZORAIDA NAVARRO LOPEZ, JOSE ALFONSO PERDIGUERO GALVEZ, VANESA RODRIGUEZ PEREZ, LAIA SELMA VILLAR, JESICA DEL PILAR TOLEDO BEJARANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 20 años ingresa vía urgencias por clínica de odinofagia y diagnóstico de amigdalitis aguda desde hace 15 días con fiebre asociada y no presenta tras tratamiento antibiótico oral. Ingresa en planta para tratamiento endovenoso.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración física se observa la amígdala derecha con hipertrofia grado 2 y exudados purulentos, no abombamientos el pilar faringe o anterior. Se hace TC cervical y se toman frotis.

**JUICIO CLÍNICO:** Amigdalitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el Tc cervical se destaca un aérea de flemón / absceso en formación en la porción más caudal de la amígdala derecha.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se recomienda dieta blanda y fría y beber abundante agua.

**CONCLUSIONES:** En planta presenta adecuada evolución en tratamiento endovenoso hasta 5 días que presenta nuevo pico febril por lo que se decide realizar amigdalectomía a los dos días. Procedimiento sin incidencias, postoperatorio adecuado, no nuevos pocos febriles. Se da alta a domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** AMIGDALITIS, ODINOFAGIA, FIEBRE, EXUDADOS, AMIGDALA.

## **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MODERADO CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL DIAGNÓSTICO**

ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 51 años de edad con AF de padre fallecido por cáncer de pulmón presentó tos y expectoración. Le realizaron un RX de tórax y se objetivó un nódulo pulmonar y se solicitaron un TAC de tórax, donde no se ha evidenciado dicha lesión. Actualmente refiere tos y disnea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. No cianosis. TA: 186-115, SAT 96%, FC: 85. ARC: NORMAL. Edema MMII. TAC TÓRAX con contraste: Ambos parénquimas pulmonares bien insuflados y simétricos, sin evidencia de infiltrados ni lesiones focales. No apreciamos imágenes de derrames pleurales. Índice cardiotorácico normal. No apreciamos adenopatías mediastínicas. Callos de fractura en arcos costales derechos 3°,4°,5°,6°,7° y 10° e izquierdos 6°,7°,8° y 9°. Espirometría con BD: FEV1: 51% que tras el BD mejora un 17% FEV1: 60%, FVC: 96%, Tiff:50, MMEF 75-25: 17%.

**JUICIO CLÍNICO:** Moderado con hiperreactividad bronquial. **PLAN DE CUIDADOS:** Formodual nexthaler 1 inhalación cada 12 horas con enjuagues bucales. Trovador 1 cápsula inh alación al día. Plan de actuación: el paciente tiene revisiones periódicas anuales en las que se le pide rx de tórax y espirometría con bd.

**CONCLUSIONES:** El EPOC es una enfermedad progresiva, lo cual significa que puede empeorar con el tiempo, pero un tratamiento adecuado puede controlar la enfermedad y sus síntomas, haciendo que a el paciente les resulte más fácil respirar y que pueda tener mejor calidad de vida. Se puede enseñar al paciente distintas maneras de mejorar su respiración y forma física y prevenir un empeoramiento rápido y grave de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE, TOS, DISNEA, EXFUMADOR.

## **ENFERMEDAD ABDOMINAL INFILTRATIVA TIPO GRANULOMATOSA: TUBERCULOSIS**

ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, 20 años. Presenta desde hace 3 meses dolor en fosa ilíaca izqda irradiada a región centroabdominal haciéndose intenso en última semana y focalizando el dolor en fosa ilíaca derecha. En los últimos días fiebre de 40°, con tiritona, de predominio vespertino. Inicia tratamiento con Amoxicilina e Ibuprofeno sin mejoría.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** No se palpan adenopatías. Abdomen: blando, doloroso. MMII sin edemas ni signos de TVP. Exploración mamaria: no nódulos. No lesiones cutáneas. Hemograma: Hb:12.6, Hcto: 39.8, VCM: 85.4, Leucocitos:5.710 (67,6% PMN), Plaquetas: 321000-571000. Bioquímica: Glucemia basal:91; Urea: 16; Creatina: 0,76; Áci. Úrico: 2,8; Colesterol total: 95; TG:77, BiT: 0,29; GOT:20, GPT: 11; GGT :12; F. Alcalina:44; PCR: 23,4; Procalcitonina: 0,36; Proteínas totales: 6,8; Calcio: 8,7; Hierro: 13; Sodio: 134,6; Potasio: 4,3; LDH: 411-148. Coagulación normal. Marcadores tumorales: CA 125: 412,4; resto (CEA, AFP, CA-15.3, CYFRA-21, CA72-4 Y NSE) normales. Serología CMV y Leishmania negativos. Parvovirus B 19 positivo. TAC abdómino-pélvico: La exploración realizada muestra importante engrosamiento difuso de la totalidad del epiplón mayor de hasta 2,5 cm de espesor así como del mesocolon transverso con un grosor de 3cm. Asocia líquido libre peritoneal en moderada cuantía perihepático, periesplénico y en pelvis. Lesión focal hepática de 16mm de diámetro localizada en segmento 5 visible en fase arterial siendo isodenso en el resto del estudio dinámico. En cortes de tórax se observan a nivel supradiafragmático en grasa mediastínica anterior dos imágenes nodulares de 25x8 mm y 25x7 mm respectivamente. No se observan ganglios retroperitoneales de tamaño significativo. Vesícula de grosor parietal normal, sin litiasis en su interior. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas y sin litiasis. Páncreas y bazo normales. Riñones normales.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Posibilidad de carcinomatosis peritoneal. Se realiza Laparotomía. Mes después crecimiento en una muestra de la biopsia de Micobacterium Tuberculosis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Rimstar 4 comprimidos. Rifater 5 comprimidos. Rifinah 150/300 2 comprimidos. Durante 4 meses.

**CONCLUSIONES:** TBC intestinal con buena respuesta y buen cumplimiento terapéutico durante 6 meses sin signos de recidiva.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, DOLORES MENSTRUALES ANOMARLES CON FIEBRE, LAPAROTOMIA, BIOPSIA.

## **MONONUCLEOSIS INFECCIOSA POR EPSTEIN-BARR: CONFIRMACIÓN EN EL LABORATORIO**

MARÍA GRACIA MUELA GONZÁLEZ, MARTA MILLAN GARCIA, ARANZAZU DIEZ BAQUERO, LORENA LLERENA GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** La mononucleosis infecciosa, comúnmente conocida como enfermedad de beso, es una enfermedad linfoproliferativa aguda con una alta tendencia a la cronicidad, cuyo agente causal asociado es el virus Epstein-Barr por su alto predominio. Epstein-Barr (VEB) es un Herpes virus simple, cuyo único reservorio conocido es el hombre. Se transmite principalmente por secreciones orales.

**OBJETIVOS:** Analizar la confirmación en el laboratorio de la mononucleosis infecciosa por VEB.

**METODOLOGÍA:** Se ha procedido una búsqueda y recopilación de información en diversas bases de datos, artículos y publicaciones relacionados con el tema a tratar, finalizando con una selección de la misma con los descriptores VEB, mononucleosis infecciosa, laboratorio, confirmación, serología.

**RESULTADOS:** El diagnóstico se basa principalmente en la clínica :faringitis, fiebre, adenopatías y esplenomegalia siendo las pruebas de laboratorio esenciales para la confirmación de la misma o en casos dudosos o diferenciales. Se pueden observar datos más inespecíficos en la analítica: Leucocitosis, células de Downey, elevación de GGT, LDH y GOT y la presencia de Ac Heterófilos tipo IgM. Los datos específicos se obtienen a través de la serología, cuyas técnicas más empleadas son el análisis de inmunofluorescencia, el enzimoimmunoanálisis, inmunoanálisis de quimioluminiscencia, inmunoanálisis de múltiple de flujo, y técnicas de PCR, donde se detecta el ADN viral.

**CONCLUSIÓN:** La infección del VEB esta altamente distribuida a nivel mundial, afectando tanto a niños, adolescentes y adultos, encontrándose picos bimodales en niños y adolescentes. Las pruebas de PCR en la actualidad presentan una gran sensibilidad pero menos especificidad, no siendo confirmatorio la detección del ADN viral, recurriendo a otras técnicas serológicas para su confirmación en el laboratorio.

**PALABRAS CLAVE:** VEB, MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, LABORATORIO, CONFIRMACIÓN, SEROLOGÍA.

## **PACIENTE PEDIÁTRICO CON BACTERIEMIA PRODUCIDA POR EL MENINGOCOCO B**

MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Lactante con 15 meses de edad, presenta fiebre de 2 días de evolución. Hace unas horas ha presentado una convulsión tónico-clónica generalizada de corta duración, coincidiendo con fiebre.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mediano estado general. Sensación de enfermedad, bien nutrida e hidratada. Cráneo y cara: normal. O. R. L. Faringe enrojecida y con moco. C. R. : Taquicardia (febril). Abdomen: normal. S. N. : No signos meníngeos. Piel: exantema macular diseminado sobre un fondo morbiliforme, sobre todo en tórax y abdomen. Buena perfusión periférica. Hemograma: leucocitosis con linfocitosis. V de S: 23/53. Plaquetas: normal. Actividad de protrombina: normal. Glucemia: normal. F. Alcalinas: elevadas. L. R. C. : Bioquímica: normal. Cultivo negativo. Serologías negativas. Sedimento urinario: normal. Urocultivo: negativo. Hemocultivo: (+) a Meningococo B. Rx de tórax: normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Convulsión febril típica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bacteriemia por meningococo B.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ingreso hospitalario para iniciar tratamiento antibiótico precozmente tras la recogida de cultivos.

**CONCLUSIONES:** La paciente con bacteriemia por meningococo B, responde bien al tratamiento durante la hospitalización. Mediante la cual desarrolla una anemia ferropénica, para la cual se receta tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** CONVULSIÓN, FEBRIL, MENINGOCOCO, ANEMIA.

## CASO DE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN, MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 80 años que acude al servicio de urgencias por rectorragia tipo melenas de hace 3 días, mucho cansancio y dolor abdominal de tipo retortijón. Sus antecedentes personales son los siguientes: HTA tratada, FA con anticoagulación, Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatía Isquémica estable, asma y demencia vascular.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Sus constantes vitales: TA 130/60 mmHg, FC 60 ppm, Sat O<sub>2</sub> 95%, afebril, Glucemia capilar: 106 mg/dl Además presenta palidez cutánea, está eupneica, crepitantes bilaterales bibasales, latido arrítmico con buena frecuencia. Pruebas complementarias: Analítica y radiografía.

**JUICIO CLÍNICO:** Hemorragia Digestiva Alta (HDA) y anemia ferropénica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descartan otros tipos de hemorragias como de origen nasal, origen pulmonar o ginecológico. Hasta hoy refiere no haber tomado ningún alimento que pueda teñir heces ni toma hierro.

**CONCLUSIONES:** La HDA es un sangrado digestivo por lesión proximal al ángulo duodenoyeyunal de Treitz. Es más frecuente en varones, su incidencia aumenta directamente proporcional a la edad, uno de los factores de riesgo es la anticoagulación, y es una complicación habitual en pacientes hospitalizados. El 5-10% de los pacientes necesita tratamiento quirúrgico que consiste en hacer hemostasis en el foco de sangrado con una endoscopia.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, DIGESTIVO, HEMORRAGIA, HDA.

## DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL CROHN

CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, PILAR ALCEDO FERNANDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 14 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta un cuadro clínico de dolor abdominal de aproximadamente tres semanas de evolución. El dolor se localiza predominantemente en el hipogastrio y en la fosa ilíaca derecha, y empeora con la ingesta. Refiere un aumento en el número de deposiciones, presentando un número variable entre 2-4 dp/día de consistencia blanda. El paciente ha perdido aproximadamente 12 kg de peso desde el comienzo del cuadro. En las últimas 48 horas presentó fiebre de hasta 38° con exacerbación del dolor, por lo que ingresa a través del Servicio de Urgencias.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Realizamos una exploración física: \* Palidez cutáneo-mucosa. \* Temperatura: 37,2°. \* Talla: 159 cm. \* Peso actual: 36 kg (peso previo 48 kg). \* El abdomen está doloroso a la palpación. Como pruebas complementarias se realiza analítica con resultados de anemia con hemoglobina (Hb) de 9,8 g/dl y ferropenia marcada; proteína C reactiva (PCR) 54 mg/l (rango de normalidad 0-5). También se le realiza serologías y estudios radiológicos como Rx, TAC y RM con o sin enteroclis.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras las pruebas realizadas, se confirma el diagnóstico de enfermedad de Crohn de afectación ileocólica, A1L3B2 según la clasificación de Montreal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza diagnóstico diferencial con procesos infecciosos como virus, parásitos, hongos,... origen isquémico, agentes físicos como AINES, radioterapia,... Procesos sistémicos o neoplasias.

**CONCLUSIONES:** Gracias a los numerosos estudios se ha avanzado en el conocimiento de la patogenia, sabiendo que están implicados factores genéticos. Además de las graves manifestaciones intestinales y extraintestinales que produce, es especialmente importante el riesgo que tienen los individuos de desarrollar cáncer de colon. Por ello en todos los casos, se debe realizar un screening de CCR tras 8-10 años -18- del diagnóstico de la enfermedad. Actualmente la cromoendoscopia se ha posicionado como técnica de elección frente a la colonoscopia.

**PALABRAS CLAVE:** CROHN, DEPOSICIONES, DOLOR, FIEBRE.

## **ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PARKINSON: SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO**

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

**INTRODUCCIÓN:** Es una enfermedad del sistema Nervioso Central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar nuestros movimientos. El Dr. James Parkinson fué el primero en descubrir la enfermedad. Todo movimiento que hacemos nace de una orden del Sistema Nervioso Central, (cerrar y abrir ojos, músculos, esqueleto, razonar, pensar.... ). Las neuronas dopaminérgicas son las responsables de producir dopamina un neurotransmisor que actúa sobre el Control del movimiento finos y coordinados. La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la destrucción de estas neuronas, con ello una escasez de dopamina en el Sistema Nervioso Central y en consecuencia un trastorno de movimientos. Los síntomas de la enfermedad comienzan cuando el 80% de las neuronas son destruidas, aún se desconoce esta causa de destrucción. Es considerada una enfermedad idiopática sin causa definida.

**OBJETIVOS:** Analizar los síntomas en personas con parkinson. Determinar el tratamiento ajustado a los pacientes con parkinson.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y revistas de interés científico.

**RESULTADOS:** Los factores de riesgos son; Edad, la enfermedad en personas mayores comienzan sobre los 60 años. Con 40 años es raro ver a pacientes con esta enfermedad. Antecedentes familiares, sexo masculino es más común. Traumas en el cráneo aislados o repetitivos pueden dañar las neuronas, también ciertas sustancias químicas. Síntomas y signos se dividen en 2 grandes grupos; Síntomas motores; temblores que se producen cuando el paciente está en reposo y mejora sus movimientos cuando mueve el miembro. Al principio de esta etapa el temblor es intermitente y pasa desapercibido por entorno de amigos y familiares. Síntomas no motores; pueden desarrollar cambios neurológicos como demencias, cambios en el sueño, ansiedad, depresión, mala memoria, alucinaciones, psicosis, estreñimiento, impotencia, apatía...

**CONCLUSIÓN:** Los tratamientos cada día son más eficaces para controlar los síntomas. La levodopa+carbidopa (sinemet), se convierte en dopamina en el cerebro. Se pueden usar otros que están en el mercado. No existe cura para la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** PARKINSON, TRATAMIENTO, DEGENERATIVA, PACIENTES, SÍNTOMAS.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

CRISTINA LOPEZ MELERO, MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN

**INTRODUCCIÓN:** El trastorno del espectro autista (tea), se produce porque hay un trastorno neurológico. Y este afecta al desarrollo infantil. Los que la presentan tienen más dificultades al socializarse, comunicarse y problemas con la imaginación. Normalmente afecta a los niños, por eso hay que detectarla lo antes posible y no a todos les afecta por igual.

**OBJETIVOS:** Investigar entre la diferencia de enfermedad y trastorno. Conocer los diferentes tratamientos. Indicar a los familiares las diferentes entidades donde la familia puede dirigirse. Aplicar la nueva forma de comunicarse.

**METODOLOGÍA:** Realizamos una revisión sistemática incluyendo reportes de casos y revisiones bibliográficas en artículos científicos y de enfermería en inglés y castellano. Consultamos las bases de datos de Dialnet, Elsevier, PubMed, Csic y Scielo así como en Google Académico para ampliar información sobre el tema que nos compete.

**RESULTADOS:** Ha día de hoy cada vez es más frecuente encontramos casos de niños con este tipo de trastornos, normalmente afecta más al sexo masculino que al femenino. Esta discapacidad cada vez es más frecuente, por eso tenemos que aplicar una serie de terapias para que estos niños no se sientan diferentes.

**CONCLUSIÓN:** Con estas terapias favorecemos el estado emocional, cognitivo, las relaciones sociales, la autonomía del paciente que presenta este tipo de trastorno. La detección e intervención de este trastorno ayudan a esta población y evitan situaciones complicadas en un futuro.

**PALABRAS CLAVE:** INFANTIL, TRASTORNOS, TERAPIA, NIÑOS.

## PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ, ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 55 años que acude a consulta por HTA de difícil control farmacológico. Fue diagnosticada de HTA a los 35 años de edad, con un control difícil a pesar de varios tratamientos combinados, que se modifica constantemente. En dos oportunidades presentó escotomas, confusión mental (disminución de la atención, aletargamiento y desorientación en tiempo), siendo hospitalizada como Encefalopatía Hipertensiva. La paciente acude a la consulta por presentar cefaleas matutinas episódicas, tinnitus y dolores torácicos atípicos (sin relación a esfuerzos, tipo hincada, no irradiado que podía durar 6 a 8 horas), se le realizó hace 18 meses con una prueba de esfuerzo no concluyente. Está tomando una combinación de betabloqueante y diurético.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Presión arterial (media de tres lecturas) después de 10 minutos de reposo de 168/104 mmHg. Frecuencia cardiaca de 72 latidos/min. Peso: 96 kg Talla 1.62 M Choque de punta por fuera de la línea medio clavicular, 2º ruido aumentado (componente aórtico). No soplos. Abdomen: no hepatomegalia, no soplos abdominales. Miembros inferiores edemas ++/4+. Fondo de ojo con un cierto grado de espasticidad arterial. Pruebas complementarias: Colesterol de 205 mg/dL, Triglicéridos de 180 mg/dL, ácido úrico 9 mg/dL. El resto de análisis (hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, enzimas hepáticos, sodio, potasio y sedimento urinario) fueron normales. La proteinuria en orina de 24 horas fue de 0,50 g/24h. El ECG mostraba un patrón de hipertrofia ventricular izquierda, con una suma de la onda S en V1 y de la onda R en V5 de 40 mm.

**JUICIO CLÍNICO:** Con los resultados obtenidos se obtuvo, hipertensión arterial. **CONCLUSIONES:** Se instauró una pauta farmacológica de tres fármacos con inhibidor de la ECA, diuréticos y betabloqueador, en una sola toma matutina, conjuntamente se le prescribió ácido acetil salicílico 81 mg diarios y se insistió en dieta hiposódica e hipocolesterolémica.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TRATAMIENTO, ARTERIAL, CASO CLÍNICO, HIPERTENSIÓN.

## LA EPILEPSIA COMO ENFERMEDAD NEUROLÓGICA: SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

EUGENIO MANUEL GAMBOA SORIANO, MARIA CARMEN VAZQUEZ HUERTAS

**INTRODUCCIÓN:** La epilepsia es una enfermedad neurológica que se caracteriza por convulsiones, crisis (recurrentes), con consecuencias físicas y psicológicas. Es una enfermedad crónica. El diagnóstico se suele realizar en personas que haya sufrido dos o más crisis espontáneas. Tienen efectos, cognitivos, psicológicos y neurobiológicos.

**OBJETIVOS:** Identificar los síntomas de la epilepsia.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas de interés científico.

**RESULTADOS:** Existen dos grandes grupos, las crisis epilépticas focales o parciales y las crisis epilépticas generalizadas. Antes de una crisis tiene una serie de síntomas. Síntomas prodrómicos, sensaciones inespecíficas (irritabilidad, sueño alterado, humor cambiante, apetito), suele ocurrir horas antes e incluso días. Aura epiléptica, es la sensación previa a la crisis (psíquica con miedo, malestar, nerviosismo.. ). Dentro de estos dos grupos hay; Crisis tónicas, mioclónicas, atónicas, ausencias típicas o pequeño mal, atípicas. Hay síndromes benignos que remiten por completo, otros que se pueden controlar con medicamentos y pueden llevar una vida normal. Según que signo epiléptico se puede hacer un pronóstico. Si el paciente responde al primer tratamiento y está libre de crisis durante 1-2 años tiene un 95% de remitir dicha crisis.

**CONCLUSIÓN:** Estos consejos se les suele dar a los pacientes con epilepsia, Abstenerse de consumir alcohol y otras drogas y el sueño tiene que ser nocturno y regular para que sea reparador. Practicar deportes moderado con revisión. Fuera los deportes de máximo riesgo y nunca hacerlo en solitario, le puede dar una crisis y se verían solos. El uso de objetos luminosos están restringidos en enfermos epilépticos, (televisión, ordenador, discotecas, vídeo juegos...). El tratamiento es principalmente farmacológico, en un 50-60% de los pacientes el tratamiento farmacológico es sencillo eficaz al primer intento y requiere poca supervisión, un 20% necesitan ajustes o combinación de fármacos. Un 20% son incontrolables. Una vida tranquila y ordenada.

**PALABRAS CLAVE:** EPILEPSIA, CRISIS, ENFERMEDAD, NEUROLÓGICO, DIAGNÓSTICO.

## ABORDAJE DEL RAQUITISMO EN EDADES TEMPRANAS

PEDRO JOSE MEDINA IRUELA, CRISTINA CALDERER SUÁREZ, CRISTINA MACÍAS SÁNCHEZ, MARÍA BALLESTEROS BEAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 3 años de edad, sexo femenino, hija de padres y hermano sano, sin presencia de consanguinidad. Refleja espasmos musculares, alteración de la marcha, descenso en curva de crecimiento, deformaciones óseas con signos de raquitismo activo. Las pruebas analíticas muestran descenso en los niveles de calcio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración: El examen físico revela un peso de 11,5 kg, longitud 84cm, piel y mucosas sanas con dentición en buen estado. El examen óseo-articular, muestra comienzo de genu varo, tibias arqueadas e hipotonía generalizada. Pruebas complementarias: Estudio radiológico muestra signos potenciales de raquitismo, incluyendo osteopenia generalizada e irregularidades metafisiarias. También se realizan gases venosos, función hepática normal, anticuerpos negativos y IgA normal. Niveles normales de 25 hidroxivitamina D. Parathormona y fosfatasa alcalina aumentadas.

**JUICIO CLÍNICO:** Raquitismo hipocalcémico, tratado con calcitriol y calcio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor en columna vertebral, pelvis y piernas, retraso en el crecimiento, debilidad muscular, piernas arqueadas o rodillas en varo, muñecas y tobillos engrosados, proyección del esternón.

**CONCLUSIONES:** Conocer los signos principales de la enfermedad para así poder asociarlo a cualquier retraso en el desarrollo de individuos en etapas de crecimiento favorece un diagnóstico precoz y la posibilidad de realizar las acciones oportunas para la mejora del desarrollo osteo-muscular del individuo afectado.

**PALABRAS CLAVE:** RAQUITISMO, CALCIO, MALFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO.

## PROCEDIMIENTO PARA EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LA GRIPE A

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** La gripe es una enfermedad viral altamente infecciosa y particularmente frecuente durante los meses de invierno. Su agente causal es el virus del influenza de los que se conoce, existen tres grandes tipos: A B y C. El tipo A tiene la capacidad de circular por diversos reservorios biológicos, tales como el hombre, los cerdos y las aves, entre otros.

**OBJETIVOS:** Analizar el procedimiento que se establecer para el diagnóstico correcto de una muestra para gripe A.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Medline, Cinhal y Dialnet, así como el directorio de revistas de acceso abierto (DOAJ). Se aplicó un filtro de idioma. De un total de 20 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionados 8 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

**RESULTADOS:** Para el diagnóstico del nuevo virus de la gripe A/H1N1, se deben obtener las siguientes muestras mediante exudado nasal y/o faríngeo o exudado nasofaríngeo en adultos, aspirado (o lavado) o exudado nasofaríngeo o nasal en niños. Además de emplear hisopos de material sintético, introducir los hisopos en un tubo con medio de transporte de virus, no utilizar hisopos de alginato cálcico, escobillones con vástago de madera o tubos con gel. Los aspirados (o lavados) nasofaríngeos deben ser recogidos y transportados en medio de transporte de virus. Si existe indicación se pueden enviar otras muestras como aspirado transtraqueal, lavado broncoalveolar, biopsia de pulmón, tejido de necropsia, etc. Además de suero en fase aguda y convaleciente (solo en casos hospitalizados) y heces (en pacientes con diarrea profusa hospitalizados).

**CONCLUSIÓN:** Por lo que es una enfermedad de baja mortalidad pero de muy alta morbilidad, puede mezclarse genéticamente con la gripe aviar que la puede contraer el cerdo y mutar esta cepa a una más agresiva, ya que hay vacunas disponibles para proteger contra la influenza A/H1N1.

**PALABRAS CLAVE:** GRIPE A, INFLUENZA, ENFERMEDAD VIRAL, DIAGNÓSTICO.

## **ABORDAJE DE PÉRDIDA DE CONSCIENCIA: CASO PRÁCTICO**

ANA MARÍA MARTÍN TARRAGONA, MARIA JESUS ARENAS PUGA, MARIA CANO DELGADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 68 años de edad sin antecedentes clínicos de interés. Acude a consulta acompañada de su marido, refiere que en el día ha presentado tres episodios de desconexión del medio. De unos treinta segundos de duración, en una de la ocasiones ha caído al suelo, con golpe a nivel de mandíbula banal. No pérdida de control de esfínteres, no movimientos tónico-clónicos. No ha estado con proceso viral en días previos, no traumatismos craneales, no fiebre, no vómitos, no diarrea. Tras los cuales se encuentra algo desorientada, con leve cefalea, pero que recupera al cabo de unos minutos. No es consciente de la pérdida de conocimiento.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, bien hidratada y perfundida, hematoma a nivel de rama mandíbula izquierda sin crepitación ni deformidad, tensión arterial 146/89, frecuencia cardíaca 80lpm, afebril. Auscultación cardio-respiratoria, tonos rítmicos, no soplos, no rones, murmullo vesicular conservado no ruidos sobreañadidos. Abdomen y extremidades sin alteraciones. Exploración neurológica, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados, Romberg negativo, fuerza extremidades conservada, ROT conservados. No signos meníngeos. Se realiza analítica completa, que es normal, y TAC craneal (no alteraciones significativas de la densidad parenquimatosa cerebral supra ni infratentorial. No datos de sangrado agudo. No se visualizan LOES ni desplazamiento de estructuras anatómicas. Sistema ventricular de tamaño acorde con el patrón de surcos. Fosa Posterior sin hallazgos significativos). Durante su estancia en urgencias vuelve a presentar nueva crisis de desconexión, por lo que se contacta con neurólogo para valoración.

**JUICIO CLÍNICO:** Epilepsia tipo Ausencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sincope, epilepsia, accidente isquémico cerebral.

**CONCLUSIONES:** Las crisis de ausencia aunque son más típicas de la edad infantil, también pueden presentarse en edad adulta, hasta en un 6% de los casos.

**PALABRAS CLAVE:** AUSENCIA, EPILEPSIA, SÍNCOPE, CAÍDA.

## EMBOLIA PULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME NEFRÓTICO

ELENA MARIA MONTIEL MESA, ANDREA AGUILAR ORTEGA, MARTA YAÑEZ PADIAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón, 34 años, historia de glomerulonefritis membranosa y síndrome nefrótico, presenta dolor agudo en hombro derecho, disnea, febrícula y tos de 4 días de evolución. Mantiene creatinina de 3mg/dl sin medicación. No antecedentes de traumatismo, ni síntomas de vías respiratorias altas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Física: T<sup>a</sup> 37.5°C, 120 pulsaciones, 28rpp, presión arterial 120/80. Dolor en hombro derecho y sufrimiento respiratorio. Tórax: rigidez antiálgica derecha, disminución bilateral de ruidos respiratorios. Corazón: Taquicardia regular. Piernas: Edema con fovea bilateral. Complementaria: leucocitos 15000/ul, 85% PMN, Hct 35%, plaquetas 400000/ul. GSA: pH 7.42, PCO2 35mm Hg, pO2 77mmHg. Radiografía tórax: derrame pleural bilateral, atelectasia: posible consolidación en lóbulo inferior derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Embolia pulmonar, se trata de una complicación de un trastorno primario consistente en una trombosis venosa profunda (TVP). Una vez alojado el embolo en la circulación pulmonar, éste aumenta el espacio alveolar muerto, originando taquipnea e hiperventilación. La hipoxemia se debe a la baja relación ventilación-perfusión por el colapso alveolar de las regiones próximas al coágulo, es típico que los gases arteriales muestren hipoxemia, hipocapnia y alcalosis respiratoria en la fase aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Está indicada la escintigrafía de perfusión, sin es anormal, es necesario la escintigrafía de ventilación. La escintigrafía de este paciente de ventilación-perfusión fue interpretada como indeterminada para embolia pulmonar, por lo que se recurrió a la angiografía pulmonar para establecer el diagnóstico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se administró anticoagulación con heparina en inyección subcutánea durante 10 días, con un solapamiento con warfarina, de forma que el paciente siguió una evolución favorable.

**CONCLUSIONES:** El síndrome nefrótico puede causar un estado de hipercoagulabilidad con trombosis de la vena renal secundaria a las alteraciones de la función plaquetaria y de las proteínas que intervienen en la hemostasia. La exploración física de las piernas tiene una exactitud del 50%: las manifestaciones clínicas (calor, enrojecimiento, dolor, tumefacción y signos de Homan) son poco fiables.

**PALABRAS CLAVE:** EMBOLIA PULMONAR, SIGNOS DE HOMAN, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, ESCINTIGRAFÍA.

## ATENCIÓN ANTE UN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, JULIA ALVAREZ LERGA, ÁNGEL LEGAZA PALMA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 59 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha, ex fumador de paquete diario desde hace 17 años, con antecedentes personales de pancolitis ulcerosa por brote grave en 2013, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal con náuseas y vómitos, escasa deposición en la mañana y con emisión escasa de gases. La paciente ha tomado nolutil, notando mejoría del dolor. Estable, exploración compatible con pancreatitis aguda, por lo que se decide traslado a UCI para control y vigilancia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tensión Arterial: 140/100. Frecuencia cardíaca: 100 ppm. Temperatura 36,6 °C. Saturación de oxígeno 100%. Consciente y bien orientado. Normocoloreado y normohidratado. Abdomen: timpánico con dolor a la palpación superficial de todos los cuadrantes, especialmente en hipocondrio izquierdo y epigastrio. No se ausculta peristaltismo. Extremidades inferiores: No edemas, pulsos simétricos. Se le realiza electrocardiograma, con ritmo sinusal, radiografía de tórax y abdomen, ecografía abdominal: discreta hepatomegalia, analítica completa de sangre.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor abdominal con náuseas y vómitos. Además de dolor a la palpación superficial y hepatomegalia en ecografía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con toda la sintomatología presente y con ayuda de las pruebas complementarias, se confirma la presencia de pancreatitis aguda.

**CONCLUSIONES:** Debido al diagnóstico de pancreatitis aguda, se decide su ingreso en UCI para el seguimiento y evolución de dicha enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** NÁUSEAS, VÓMITO, DOLOR, AGUDO.

## SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ÁNGEL LEGAZA PALMA, JULIA ALVAREZ LERGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 83 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de DM tipo 2, dislipemia y glaucoma, que acude al hospital desde el centro de salud por presentar episodios de dolor torácico desde hace unos diez días, opresivo en hemitórax izquierdo, con irradiación a brazo izquierdo, sin cortejo vegetativo asociado, de inicio en reposo en la cama, autolimitados de unos 10-15 minutos de duración. A su llegada a urgencias, asintomático, se contacta con hemodinámica y se decide su ingreso en UCI para control asintomático y hasta que se realice cateterismo cardíaco.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración: TA 170/70, FC 82 lpm. Tª: 36,1. Saturación de oxígeno: 92. Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo. Auscultación cardíaca: sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: normoventilación. Abdomen no doloroso a la palpación. No dolor en hemitórax izquierdo a la palpación. Pruebas complementarias: Electrocardiograma, análisis de sangre completo. Cateterismo cardíaco.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor torácico opresivo con irradiación a brazo izquierdo. Visualización en electrocardiograma de síndrome coronario agudo con elevación del ST cateterismo cardíaco donde se evidencia estenosis significativa crítica suboclusiva. Se procede a implante de stent farmacoactivo.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con toda la sintomatología presente y con ayuda de las pruebas complementarias, se confirma la presencia de Scacest.

**CONCLUSIONES:** Se procede a ingreso en UCI para control pre y postcateterismo cardíaco, con implante de stent farmacoactivo. Tras la intervención, se vigila 48 horas en UCI, controlando el punto de punción de entrada del catéter cardíaco, controlando el ritmo normal de las constantes y la recuperación total del paciente. Al paciente se le da el alta a planta de cardiología para realizar seguimiento.

**PALABRAS CLAVE:** SCACEST, ELECTROCARDIOGRAMA, CATETERISMO CARDÍACO, DOLOR TORÁCICO.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON PARADA RESPIRATORIA

ANA ROSA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ÁNGEL LEGAZA PALMA, JULIA ALVAREZ LERGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 71 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de diabetes mellitus insulino dependiente, hipertensión arterial, asma, hipotirodismo en tratamiento, anemia crónica, cáncer de endometrio pendiente de cirugía, insuficiencia renal grado II y obesidad mórbida, que se encuentra ingresada en planta de cirugía para intervención al día siguiente de histerectomía radical y es encontrada en el suelo de la habitación cianótica y sin respuesta a la llamada ni a otros estímulos, es comentado con intensivista de guardia y pasada a unidad de UCI.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: A su llegada a UCI, se encuentra en parada respiratoria, cianosis y gasping. TA: 180/70, FC 90. Glucemia 268. Se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Salida importante de contenido alimentario por boca y posible broncoaspiración. Apertura de ojos a la exploración e inicia despertar con movimiento de ambos brazos, luchando contra el ventilador. Mala perfusión periférica que mejora tras adecuada oxigenación. Abdomen globuloso y sin hallazgos de interés. Extremidades inferiores con signos de insuficiencia venosa crónica. Pruebas complementarias: Analítica de sangre completa, electrocardiograma y radiografía de tórax.

**JUICIO CLÍNICO:** Parada respiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido a la sintomatología presentada y a la parada respiratoria, se decide su intubación e ingreso en UCI.

**CONCLUSIONES:** Por lo que se procede a la intubación orotraqueal de la paciente, que se queda ingresada en la unidad de cuidados intensivos para tratamiento y seguimiento de la evolución de la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PARADA RESPIRATORIA, CIANOSIS, ENFERMERÍA, ACTUACIÓN, PACIENTE.

## ANÁLISIS SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS DIFERENTES COMPONENTES SANGUÍNEOS

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** Las células sanguíneas se sedimentan de forma diferente en dependencia de su tamaño y la diferencia de densidad de éstas y el fluido que las rodea. El orden de densidad de forma decreciente es el siguiente: Eritrocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, plaquetas y plasma.

**OBJETIVOS:** Determinar el uso y la aplicación de los diferentes componentes de la sangre.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Medline, Cinhal y Dialnet, así como el directorio de revistas de acceso abierto (DOAJ). De un total de 22 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionados 10 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

**RESULTADOS:** Las plaquetas son esenciales para la coagulación de la sangre. Las transfusiones de plaquetas se necesitan de modo rutinario para respaldar a aquellos pacientes sometidos a tratamiento oncológico cirugía a corazón abierto o trasplante de órganos así como pacientes con trastornos hemorrágicos. Los glóbulos rojos llevan oxígeno a todas las partes del cuerpo. Las transfusiones de glóbulos rojos se necesitan con mayor urgencia después de una pérdida de sangre importante debido a trauma o cirugía o para el tratamiento de la anemia. Cada ocho semanas se puede realizar una sola donación de glóbulos rojos o cada 16 semanas se puede hacer una donación doble, pueden usarse con fines de transfusión para pacientes con sangre de cualquier tipo. El plasma es la parte líquida de la sangre que contiene factores esenciales para la coagulación. El plasma se usa para tratar a pacientes con deficiencias en los factores de coagulación tales como pacientes con insuficiencia hepática, pacientes con ciertos trastornos hemorrágicos.

**CONCLUSIÓN:** La diferenciación celular y su correcta separación por sedimentación es clave para poder solventar muchos trastornos hemorrágicos que pueden causar severos problemas en la salud del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PLASMA, PLAQUETAS, GLÓBULOS ROJOS, TRANSFUSIÓN.

## **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO TRAS UNA CITALGIA**

MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 72 años que refiere un inicio súbito de disnea al volver del baño. Se hizo de reposo, asociado a dolor torácico opresivo. No presenta tos ni esputos hemoptoicos. No tiene fiebre, náuseas ni vómitos. Lleva 3 meses sin apenas salir de casa por citalgia izquierda y por aumento de la disnea, que se hizo de mínimos esfuerzos. Durante dos meses ha hecho vida cama-sillón. En el último mes ya se movilizaba más.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 126/74, FC 74 pm, FR 28 rpm. Sat con O<sub>2</sub> al 35%: 94%. T ax 36,9 °C BEG. Tolerancia decúbito. Bien hidratada y perfundida. Habla fluida. AC: tonos rítmicos. AR: disminución generalizada del mv, crepitanes bibasales, hasta campos medios en hemitórax derecho. N. EEII: no edemas, no signos de TVP. HEMOG: 6820 leucos (formula N), NG 12-1, 197000 plaquetas. Coagulación: ACT prot 95%, TTPA 26,3 %, Dimero D 9725. Gasometría arterial: Fi O<sub>2</sub>: 21%, PaO<sub>2</sub> 43 mm Hg, PaCO<sub>2</sub>: 40 mm Hg, pH: 7,41, Bases: 25,4 mEQ/L, SO<sub>2</sub>: 72%.

**JUICIO CLÍNICO:** TVP femoral izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** ECG ritmos sinusal a 72 pm. T negativa de V1 a V5. TC helicoidad de tórax con CIV: trombo central que afecta al cono de la arteria pulmonar principal izquierda (no existe replaccion de ninguna de las arterias lobares izquierdas), parte de la arteria pulmonar principal derecha y arteria lobar inferior derecha. No derrame pleural. Tromboembolismo Pulmonar Agudo Masivo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Durante la estancia hospitalaria es tratada con Tinzaparina a dosis terapéuticas, Amoxicilina-Clavulánico, Isosorbida mononitrato y Captopril.

**CONCLUSIONES:** Al alta la paciente esta asintomática, deambula por el pasillo. La gasometría arterial basal es 58/ 51/ 7.38/ 90% No concordante con su estado clínico siendo la saturación O<sub>2</sub> basal del 94%. Se prescribe Sintrom 4 mg (acenocumarol). Se propone para estudio de trombofilia en pacientes con AP de TVP y TEPA masivo.

**PALABRAS CLAVE:** TVP, TROMBOEMBOLISMO, CITALGIA, REPOSO.

## FRACCIONAMIENTO DE LA SANGRE EN EL CENTRO REGIONAL TRANSFUSIONES

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** La sangre circulante está compuesta por una solución acuosa de sales y proteínas, llamado plasma, en el que se encuentran suspendidos determinados elementos celulares. La sangre total se obtiene de donantes de sangre humanos por venopunción. Durante la donación la sangre es colectada en contenedores plásticos estériles y desechables que contienen soluciones anticoagulantes y preservantes. Esta solución usualmente contiene citrato, fosfato, dextrosa y con frecuencia adenina

**OBJETIVOS:** Separar todas las fracciones que se encuentran en la sangre total.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Medline, Cinhal y Dialnet, así como el directorio de revistas de acceso abierto (DOAJ). De un total de 25 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionados 7 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

**RESULTADOS:** En el banco de sangre, se utiliza una técnica de fraccionamiento automático que, consiste en introducir la bolsa de sangre total en una centrífuga. Posteriormente el mismo equipo envía cada componente a una bolsa. Un plasma, que en el caso de que se destine a la transfusión, se somete a un método para reducir patógenos. Un concentrado de hematíes, que posteriormente se filtra para retirar la mayoría de los leucocitos. Una unidad interna de plaquetas (IPU). Para conseguir una dosis de adulto se unen cuatro o cinco buffy coat, se añade una solución nutritiva y se filtran para eliminar leucocitos residuales. Un concentrado de leucocitos con ningún papel en la transfusión pero que en ocasiones se utiliza para investigación.

**CONCLUSIÓN:** La donación de sangre es muy importante para una recuperación óptima de los pacientes con problemas hematológicos, gracias al altruismo de estas donaciones es posible tener un buen banco de sangre en nuestro país, y tener localizados a aquellas personas con fenotipos especiales.

**PALABRAS CLAVE:** FRACCIONAMIENTO, DESLEUCOCITADO, AFERESIS, SANGRE TOTAL.

## LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B: A PROPÓSITO DE UN CASO

PEDRO MILLAN BARRERA, MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ DELGADO, MARIA MONTSERRAT BARRERA GONZALEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 63 años de edad, con antecedentes personales de hernia inguinal bilateral intervenida. Refiere que sufrió neumonía grave en la infancia. Actualmente no fumador desde hace 6 meses y no toma tratamiento. Remitido por el servicio de neumología, acude al servicio de Medicina Nuclear para la realización de una Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computerizada (PET-CT) para iniciar tratamiento por su sintomatología a nivel respiratorio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Aporta TAC que revela la existencia de una lesión nodular en parénquima pulmonar izquierdo.

**JUICIO CLÍNICO:** Linfoma no hodgkin difuso de células grandes B. Nódulo pulmonar infracentrímetro a filiar **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de Linfoma no hodgkin difuso de células grandes B con respuesta metabólica y la presencia de enfermedad a distancia a nivel de los parénquimas pulmonares de un nódulo espiculado en el ápex izquierdo. Si nuestras exploraciones de imagen fuesen positivas, podríamos confirmar la presencia de enfermedad metastásica en dicho órgano.

**CONCLUSIONES:** Nuestros estudios muestran la presencia de cambios degenerativos a nivel óseo no relacionados con el linfoma. Visualizamos pequeño nódulo espiculado en el ápex izquierdo que aconsejamos vigilar dado que podría corresponder a un adenocarcinoma mínimamente invasivo, aunque existe una calcificación minúscula en su interior y podría corresponder a un granuloma. Se aconseja repetir la prueba de imagen en un periodo no superior a tres meses en nuestra unidad de gestión diagnóstica para control y seguimiento del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** NO HODGKIN, PARENQUIMAS PULMONARES, ESPICULADO, CÉLULAS GRANDES.

## ANÁLISIS SOBRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LORENA MARTINEZ APORTA, BEATRIZ PEREZ ALVAREZ, ALVARO MARTINEZ MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome multifactorial de origen genético, fácil de diagnosticar y con difícil control en el mundo. Generalmente se realiza un análisis sanguíneo, un electrocardiograma y una toma de tensión en la consulta de enfermería.

**OBJETIVOS:** Determinar el diagnóstico clínico que se realiza en relación a la hipertensión arterial.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema limitando la búsqueda con un filtro de español. Las bases de datos fueron: Medline y Scielo con sus respectivos términos.

**RESULTADOS:** Se considera hipertensión arterial cuando el nivel sistólico-diastólico es igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada en condiciones apropiadas y en tres días diferentes. En los análisis de laboratorio encontramos alterados los distintos parámetros: Hematocrito o hemoglobina. Iones-sodio y potasio. Creatinina sérica. Nitrógeno uréico. Potasio sérico, glicemia. Perfil lipídico: Colesterol total/HDL, triglicéridos, colesterol LDL y ácido úrico. Examen general de orina y microalbúmina en orina. Existen unos factores de riesgo como son el tabaquismo, las dislipidemias y la diabetes mellitus. La edad por encima de 60 años, el sexo (hombres y mujeres postmenopáusicas) y la historia familiar de enfermedad cardiovascular (mujeres por debajo de 65 y hombres por debajo de 55 años).

**CONCLUSIÓN:** A pesar del diagnóstico de laboratorio y de saber que existen factores de riesgo, el control de esta enfermedad en España es considerado insuficiente, ya que la mayoría de los pacientes que la padecen no van a revisión y no la toman en serio. Por lo que se debe prevenir y controlar la hipertensión arterial para reducir su morbilidad y mortalidad, así como de otras enfermedades asociadas a ésta.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERTENSIÓN, FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO, ARTERIAL.

## **REFLUJO VESICoureTERAL EN NIÑOS: RECONOCIMIENTO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA**

ISABEL CRESPO ACOSTA, ANA ROSA FERNÁNDEZ LIMÓN, RAQUEL PEREZ FABREGA

**INTRODUCCIÓN:** Hacemos la investigación de un caso de reflujo vesicoureteral en el que explicamos los rodeos que se le dio al paciente de forma cronológica durante un mes por no hacer como método diagnóstico un simple COMBUR TEST y donde se complica el caso. Las infecciones en el tracto urinario son muy frecuentes en la edad pediátrica con lo cual es una técnica que descarta estas infecciones o bien conlleva a la determinación de complicaciones de tener un microorganismo patógeno en este lugar.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia que tiene el realizar el estudio inicial de COMBUR TEST en Atención primaria como diagnóstico para la detección precoz de REFLUJO VESIURETERAL.

**METODOLOGÍA:** Realizamos el seguimiento del paciente que tras haber estado durante un mes con fiebre, y al cual se achacaba a un cuadro de resfriado común, no se cayó en la cuenta de hacer una prueba tan sencilla como un COMBUR TEST para descartar infección. A partir de su ingreso, el día 16/04/2013 se prescribe COMBUR TEST Y UROCULTIVO mensual para el control de la bacteria y que no haya complicaciones en la enfermedad. Hacemos pues controles desde ese día hasta el día de hoy donde veremos la evolución del paciente con respecto a la patología que padece, y destacar la facilidad de la prueba para dicho control.

**RESULTADOS:** Ponemos en conocimiento de los lectores el seguimiento y control realizado al niño desde el año 2013 hasta 2017, y vemos que la bacteria encontrada está controlada y no hay complicaciones de la patología diagnosticada en principio.

**CONCLUSIÓN:** La importancia de la ITU es tal que se determina que hay un 20% de menores de 16 años que tienen complicaciones renales por no haber realizado un adecuado estudio diagnóstico en un principio.

**PALABRAS CLAVE:** REFLUJO, VESICoureTERAL, NIÑOS, COMBUR TEST.

## MUJER JOVEN DIAGNOSTICADA CON INFECCIÓN URINARIA

MARIA ESTEFANIA GARCÍA RUIZ, CARMEN DELGADO LOZANO, MANUEL JIMENEZ GARRIDO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 28 años que acude al centro de salud por quemazón al orinar y la necesidad frecuente de orinar. No refiere fiebre, pero si ha tenido escalofríos. No nauseas, ni vómitos. No refiere dolor costal o espalda. Refiere presión por encima del hueso púbico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física aportó los siguientes datos: TA 100/60 mmHg, abdomen blando y depresible sin megalias. Molestias a la palpación pélvica. Se le realiza una muestra de orina para determinar si contiene algún agente infeccioso. Se le realiza un sedimento y cultivo de orina (antibiograma) y eco abdominal para descartar cualquier otra enfermedad abdominal y renal.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección urinaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y las pruebas de orina positivas se puede asegurar que la paciente presenta infección urinaria de origen bacteriano, en caso contrario habrá que realizar otras pruebas diagnósticas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se recomienda tratamiento que incluye antibióticos si es causado por bacterias y antivirales, si es causados por virus. Dependiendo de los resultados obtenidos en el antibiograma, los antibióticos mas utilizados son amoxicilina y ampicilina. También una clase de fármacos llamados quinolonas (norfloxacino, ciprofloxacino, etc. ).

**CONCLUSIONES:** La infección de orina está provocado por la invasión de microorganismos en el tracto urinario, siendo las más habituales las provocadas por bacterias aunque también pueden ser causadas por virus, hongos o parásitos. En el caso de las mujeres suelen contraer frecuentemente infecciones urinarias después de las relaciones sexuales.

**PALABRAS CLAVE:** ORINA, MUJER, ENFERMERÍA, INFECCIÓN.

## CONTROL Y VIGILANCIA DEL PACIENTE TRAS TORACOCENTESIS

ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 58 años que llega a urgencias de nuestro hospital con un cuadro de disnea intensa, tras ser valorado y con ayuda de las pruebas complementarias necesarias, como radiografía torácica y sus pertinentes analíticas sanguíneas, es diagnosticado de derrame pleural, por lo cual es ingresado en la unidad de Medicina Interna para iniciar tratamiento, previa realización de una toracocentesis, para diagnosticar la etiología del líquido pleural y si fuera necesario evacuar la cantidad suficiente de líquido como para aliviar la disnea y prescribir el tratamiento más adecuado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Previamente a la realización de la toracocentesis, se realizará una ecografía de tórax para comprobar la cantidad y localización del líquido y así facilitar el lugar para realizar la punción. Colocaremos oxigenoterapia al paciente, prepararemos el material necesario para asistir al médico encargado de la punción.

**JUICIO CLÍNICO:** Derrame pleural de etiología desconocida. **PLAN DE CUIDADOS:** En todo momento, antes y durante la prueba, tranquilizaremos y recomfortaremos al paciente para evitar y disminuir la ansiedad ante la realización de una prueba invasiva. Prepararemos todo el material necesario como, paño y guantes estériles, gasas, antisépticos y apósitos, anestésico local, agujas intramusculares, jeringas de 10 cc y 20 cc, tubos de pruebas, incluidos para cultivo. Tras la realización de la prueba, el paciente permanecerá 2 horas en reposo y sin comer, a las cuatro o cinco horas se volverá a realizar una radiografía torácica para comprobar que no se ha producido un neumotórax, como complicación de la técnica. Valoraremos al paciente y controlaremos constantes vitales, y ante la aparición de disnea brusca, diaforesis o dolor intenso, procederemos a avisar a su facultativo.

**CONCLUSIONES:** Por lo que hemos conseguido con nuestras intervenciones, disminuir la ansiedad del paciente y se ha conseguido aliviar la sintomatología que presentaba el paciente, logrando el diagnóstico e iniciando el tratamiento adecuado, controlando la aparición de posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** DERRAME, PUNCIÓN, DISNEA, IMAGEN, TRANQUILIZAR.

## **PACIENTE CON PIELONEFRITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARIA DOLORES NIETO NIETO, MIREIA LARROSA DOMÍNGUEZ, ANNA ACOSTA BEJARANO, RUTH TAPIA LOPEZ, IRENE MAR MOMPHEL, VIRGINIA VANESA ROMERO MARTÍNEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 45 años que ingresa en el hospital procedente de su domicilio, en el servicio de MI. Presenta un cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor a nivel lumbar derecho sin irradiaciones, asociado a sensación distérmica y febrícula, orina de color oscura y mal olor. Antecedentes personales son: Agenesia renal, detectada en TAC abdominal del 2009, depresión-ansiedad, fibromialgia y migraña (TAC Craneal normal).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó los siguientes datos: AC: Tonos rítmicos sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. ABD: Blando y depresible, sin dolor a la palpación, peristalsis presente. TA 105/64 mmHg. FC 82 bpm; T° 37.5 °C; SAT 97%; Dolor 6. Analítica sanguínea: Bioquímica: creatinina 1.11Mg/dL; Potasio 3.8MEq/L; PCR 4.7Mg/dL; Urea 23 mg/dL. –Coagulación: INR 3.44; Fibrinogeno 602 mg/dL. Hemograma: Hemoglobina 13.8G/dL; Leucocitos 10.32 10<sup>9</sup>/L; Plaquetas 290 10<sup>9</sup>/L. Sedimento urinario: Bacterias Orina moderada; Células epitelio escamoso. Orina Escasas; Leucocitos Orina 20-40 por campo. Urocultivo: Positivo Eco abdominal: Riñón derecho de contornos regulares, con relación córtico-medular conservada, con discreta hiperecogenicidad cortical difusa. Sin dilatación de la vía excretora ni imágenes sugestivas de litiasis. Vejiga urinaria poco replecionada poco valorable. Conclusión: Sin signos de uropatía obstructiva. Discreta hiperecogenicidad cortical derecha.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor lumbar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pielonefritis aguda derecha.

**PLAN DE CUIDADOS:** El plan de cuidados para disminuir y controlar el dolor, fomentar la ingesta de líquidos, control de diuresis y valoración de las características de la orina, controlar aparición de edemas y otros signos y educación sanitaria del manejo del tratamiento y hábitos higiénicos adecuados de la zona genital y perianal aportando comodidad y confort al paciente.

**CONCLUSIONES:** Por lo que se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2gr/24h ev. Analgesia y antitérmico, paracetamol 1gr/8h ev, alternar y metamizol 2gr/8h ev. Y sueroterapia S/F de 500ml. C/8h.

**PALABRAS CLAVE:** ESTABILIZAR, DOLOR, COMODIDAD, CONFORT.

## NEUMONÍA BASAL DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA DOLORES NIETO NIETO, MIREIA LARROSA DOMÍNGUEZ, ANNA ACOSTA BEJARANO, RUTH TAPIA LOPEZ, IRENE MAR MOMPHEL, VIRGINIA VANESA ROMERO MARTÍNEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 89 años de edad que ingresa en el hospital procedente de su domicilio, en el servicio de medicina Interna. Presenta un cuadro de fiebre, malestar general, disnea progresiva y tos escasamente productiva de 3 días de evolución. No clínica miccional, ni alteraciones deposicionales. Antecedentes personales son Obesidad. Cardiopatía isquémica (IMA). Dislipemia. Hipertensión arterial. Tuberculosis en la juventud. Múltiples ingresos en M. Interna y Neumología por exacerbaciones de EPOC e infecciones respiratorias. Objetivos: Estabilizar Hemodinámicamente.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó los siguientes datos: Consciente y orientado. Normocolorado. Sequedad mucocutánea. Disneico en reposo. AR: Rocus generalizados con hipofonesis derecha. Tonos arrítmicos sin soplos ni extratonos. Abdomen globuloso a expensas de tejido adiposo. Blando y depresible. No doloroso a la palpación. Peristaltismo presente. TA 140/88mmHg. FC 92bpm. T° 38C. SAT95% con VMK FiO2 0.35L. Dolor 5. Analítica sanguínea: - Bioquímica: procalcitonina 0.3Ng/dL; Creatinina 0.96Mg/dL; Glucosa 111mg/dL; Potasio 4.4. MEq/L; PCR 26.8Mg/dL; Urea 70mg/dL. Coagulación: INR 1.36; Fibrinógeno 770mg/dL. - Hemograma :Leucòcitos 36 620 (29.36, L96%L; Plaquetas 335 000.. Sedimento urinario: Bacterias escasas en orina; Eritrocitos - orina 5-10 por campo. Rx tórax: aumento de densidad basal derecha ECG.

**JUICIO CLÍNICO:** Dificultad Respiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumonía basal derecha.

**PLAN DE CUIDADOS:** Elevar el cabezal de la cama. Controlar de la Disnea. Control del dolor y fiebre. Control de diuresis. Controlar aparición de edemas y otros signos. Dieta blanca y incrementar la ingesta de líquidos. Fisioterapia respiratoria. Educación sanitaria del manejo del Tto. Aportando comodidad y confort al paciente.

**CONCLUSIONES:** Inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2gr/24h ev. Azitromicina 500mg. Vo. Analgésia - antitérmico con metamizol 2gr/8h ev. Paracetamol 1gr/8h ev, alternar. Nebulizaciones de atrovent 2ml c/6h. Salbutamol 2.5Ml. C/6h.

**PALABRAS CLAVE:** NEUMONÍA, INFECCIÓN, DISNEA, ESTABILIZAR.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE NEFROLÓGICO: PLAN DE CUIDADOS**

CELIA CARMONA OCETE, RUBÉN CARMONA OCETE, MARÍA TERESA CASTRO ANGUITA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** RPC, hombre de 45 años residente en Santander que acude al servicio de urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla el día 20/12/17 por sensación de cansancio, dolor de cabeza, disnea con el movimiento, dolor de piernas y reducción de orina. El 21/12/2017 es ingresado en la planta de nefrología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Al ingreso el paciente tenía niveles muy elevados de tensión arterial (220/140) y los análisis de sangre muestran alteración tanto en creatinina como en urea por lo que se avisa a nefrólogos que ingresan en su planta. Se comienzan a controlar los niveles de tensión arterial y se realiza una biopsia renal que muestra daño irreparable en el riñón y la función de este muy comprometida. Tras estos datos se comunica al paciente que debe de comenzar con la terapia de hemodiálisis por lo que habría que ponerle un catéter temporal hasta la colocación de un catéter permanente o realización de una fístula arteriovenosa. A demás debe comenzar a realizar una dieta de hemodiálisis a la que el paciente no está habituado, cosa que le inquieta bastante.

**JUICIO CLÍNICO:** Insuficiencia renal crónica (IRC). **PLAN DE CUIDADOS:** Diagnóstico: Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores y manifestado por edemas y cambio en la presión arterial. Objetivos: Equilibrio hídrico. Intervenciones: Manejo de líquidos / electrolitos. Diagnóstico: Conocimientos deficientes (Dieta hemodiálisis) relacionado con falta de exposición. Objetivos: Conocimiento: dieta. Intervenciones: Manejo de la nutrición Enseñanza: dieta prescrita

**CONCLUSIONES:** El paciente está nervioso y asustado por comenzar con la diálisis y por la nueva dieta que le explican que tiene que llevar a cabo, pero acepta el tratamiento y comienza a hemodializarse lunes, miércoles y viernes. Finalmente recibe el alta cuando los niveles de tensión arterial están controlados y se coloca el catéter fijo teniendo que acudir durante la semana para realizarse el tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, NEFROLOGÍA, ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO.

## INMUNOELECTROFORESIS EN COHETE O ELECTROINMUNODIFUSIÓN UNIDIMENSIONAL ÚNICA

MARÍA BELÉN DE GREGORIO IARIA, ANA GARCÍA DUQUE, ADRIÁN JIMÉNEZ SALIDO

**INTRODUCCIÓN:** La inmunolectroforesis en cohete se denomina así por la forma característica del precipitado que se forma en el gel de agarosa. Esta técnica también se conoce como electroinmunodifusión unidimensional única.

**OBJETIVOS:** Analizar el uso de esta técnica.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** En esta técnica se utiliza un gel de agarosa que lleva incorporados los anticuerpos. Los antígenos se colocan en unos pocillos horadados en el borde catódico de la placa de agarosa y después se somete a electroforesis. El tampón para la electroforesis tendrá un pH que proporcione carga negativa a los Ag mientras que los anticuerpos quedan sin carga (punto isoeléctrico) y, por tanto, inmóviles. Una vez hechos los pocillos, éstos se rellenan con la muestra y con las diluciones patrón y se activa el campo eléctrico por lo que los Ag migran y aparece una zona de precipitación en forma de cohete o rocket. La altura del cohete es proporcional a la concentración de antígenos de la muestra. Como muestra la imagen, el Ag se desplaza en la agarosa, donde precipita al encontrarse con el anticuerpo. La precipitación va produciéndose a medida que el Ag avanza hacia el ánodo, de manera que al ir disminuyendo la concentración de Ag, los bordes laterales de la precipitación van acercándose hasta que llegan a unirse en un punto. El resultado es una precipitación en forma de estela o cohete, donde la concentración de Ag es directamente proporcional al área y a la altura de este triángulo.

**CONCLUSIÓN:** Una de las ventajas de la inmunolectroforesis es la posibilidad de identificar inmunoglobulinas específicas, siendo más específica que la prueba de electroforesis de proteínas.

**PALABRAS CLAVE:** INMUNOELECTROFORESIS, ROCKET, COHETE, ANTÍGENO, ELECTROINMUNODIFUSIÓN.

## **TIPO DE BACTERIA: HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTE ADULTA**

MARIA ESTEFANIA GARCÍA RUIZ, CARMEN DELGADO LOZANO, MANUEL JIMENEZ GARRIDO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 38 años que acude al centro de salud por dolor abdominal intenso de varias semana de evolución sobre todo por las noches, sensación de hinchazón. No presenta náuseas ni vómitos. La sintomatología no cede con omeprazol. Antecedentes personales: refiere tomar aines.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física aportó los siguientes datos: TA 100/60 mmHg. Para el diagnóstico de la infección por Helicobacter Pylori se realiza una prueba de sangre con la intención de buscar anticuerpos contra la bacteria; también se solicita pruebas de heces para determinar si la bacteria se encuentra en las heces. También se realiza una prueba de aliento donde la persona tiene que tragar un preparado que contiene carbono radiactivo y si es necesario realizaremos una endoscopia digestiva, de esta manera se pueden inspeccionar las áreas anormales y tomaremos una muestra para biopsia.

**JUICIO CLÍNICO:** Helicobacter Pylori. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica fue Helicobacter Pylori aunque a priori no es posible descartar cualquier otra enfermedad digestiva. Si las pruebas de sangre y heces, y test de aliento resultan positivas se puede asegurar que la paciente presenta la bacteria; en caso contrario habrá que realizar otras pruebas diagnósticas.

**PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento para la bacteria es la combinación de metronidazol con tetraciclinas durante 10 días, acompañado de un protector gástrico. No consumir alcohol durante el tratamiento y puede presentar heces oscuras. La revisión se realizará entre 6-8 semanas.

**CONCLUSIONES:** La bacteria Helicobacter Pylori afecta a hombres y mujeres y tiene la capacidad de infectar el estómago, modificar la acidez y poder sobrevivir. Puede provocar úlceras, gastritis y cáncer de estómago. Induce una enfermedad crónica y la inflamación en casi todas las personas infectadas. Nos transmite a través de agua potable sino por vómitos y heces.

**PALABRAS CLAVE:** BACTERIA, CUIDADOS, MUJER, ENFERMERÍA.

## ESTUDIO DE LA FORMACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS ANTICUERPOS

MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** Los anticuerpos o inmunoglobulinas son glicoproteínas producidas por linfocitos B, presentes en el plasma y en los fluidos extracelulares de todos los mamíferos y en las membranas de los linfocitos B, donde actúan como receptores para antígenos.

**OBJETIVOS:** Analizar las estructuras de los anticuerpos.

**METODOLOGÍA:** Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Medline, Cinhal y Dialnet, así como el directorio de revistas de acceso abierto (DOAJ). Se aplicó un filtro de idioma y periodo temporal. De un total de 28 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionados 6 para un análisis en profundidad.

**RESULTADOS:** La estructura de los anticuerpos humanos está representada por moléculas de inmunoglobulinas de clase IgG y de clase IgM. Cada unidad básica es constituida por dos secuencias largas y dos secuencias cortas. Las secuencias peptídicas de las regiones constantes de las cadenas ligeras y pesadas constituyen la fracción “Fc” común a todos los anticuerpos humanos y que pueden ser reconocidas por los macrófagos con receptores de “Fc”. Las secuencias peptídicas de las regiones variables de las cadenas ligeras y pesadas (VL, VP) forman los sitios de unión a los antígenos y son los responsables de la especificidad. Las regiones variables de las cadenas pesadas y ligeras de los anticuerpos son producto de una serie de reordenamientos genéticos en el DNA de precursores de los linfocitos B, lo que permite una gran variedad de inmunoglobulinas específicas. Así, la producción de clones de linfocitos B productores de autoanticuerpos, se vuelve inevitable. Después de la expresión de las inmunoglobulinas de superficie en los linfocitos B maduros, clones autorreactivos empiezan a ser eliminados.

**CONCLUSIÓN:** Gracias a la herencia genética tenemos una gran diversidad de anticuerpos al nacer y nuestro DNA solo tiene que transcribir ahorrando mucho tiempo ante multitud de enfermedades. Teniendo respuesta humoral presente en nuestro organismo ante cualquier ataque inmunológico.

**PALABRAS CLAVE:** ANTICUERPOS, IGG, IGM, INMUNOGLOBULINAS, AMINOÁCIDO.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COLANGIO PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA**

CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ DE LA CASA, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, JENNIFER CREVIER ALARCON, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, MARÍA GÓMEZ GALÁN, MARIA DEL CAMINO ESPADA RIVERA, BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ

**INTRODUCCIÓN:** La colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica avanzada invasiva, que combina la técnica endoscópica y radiológica empleada en el diagnóstico y tratamiento de la patología pancreática y biliar. A través de la colangiografía podemos observar las causas de obstrucción de la vía biliar, sea por cálculos, estenosis o fugas en los conductos biliares y pancreáticos. La CPRE nos permite realizar un tratamiento adecuado (extracción de los cálculos o inserción de prótesis a través de la estenosis o del punto de fuga. Para concluir esta técnica, debemos introducir el esfinterotomo, realizando una esfinterotomía endoscópica (sección mediante diatermia del esfínter de Oddi). La CPRE se utiliza con intención terapéutica en coledocolitiasis, estenosis o colocación de endoprótesis biliares y pancreáticas, etc.

**OBJETIVOS:** Identificar cuidados de enfermería unificados. Determinar medidas para disminuir situaciones de riesgo durante la realización de la técnica. Conocer las posibles complicaciones.

**METODOLOGÍA:** Para elaborar el presente estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos a través de las bases de datos de Medline, Scielo, Cuiden, en el buscador Google Académico.

**RESULTADOS:** Habiendo analizado otros estudios con anterioridad, observamos que la CPRE es una prueba con un elevado porcentaje de éxito terapéutico. Se debe tener en cuenta las posibles complicaciones genéricas (perforación, hemorragias, reacciones medicamentosas, infecciones...) y específicas (pancreatitis aguda, colangitis, colecistitis). Para disminuir las complicaciones potenciales de esta técnica, así como utilizar de manera adecuada el material necesario, sería recomendable seguir pautas generalizadas endoscópicas, plasmadas en protocolos de enfermería, así como un adiestramiento previo de manera intensa.

**CONCLUSIÓN:** La enfermería tiene un papel muy importante previa, durante y posterior a la realización de la técnica invasiva, disminuyendo riesgos potenciales, y tratando de mantener las medidas de confort de los pacientes en todo momento.

**PALABRAS CLAVE:** COLEDOCOLITIASIS, ENDROPRÓTESIS, ESFINTEROTOMÍA, ENFERMERÍA.

## CASO CLÍNICO: ENTERITIS POR CAMPYLOBACTER JEJUNI

VERONICA MONTIEL MESA, LAURA GÁMIZ PÉREZ, PATRICIA FERNÁNDEZ ALONSO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 21 años, buen estado previo de salud, que sufre fiebre de comienzo agudo, con escalofríos y dolor cólico abdominal a las 36 horas de haber comido un sandwich de pollo. Niega relaciones sexuales de riesgo, consumo de drogas, viajes recientes y exposición a animales domésticos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: temperatura 38.1°C, 107 pulsaciones y 18 respiraciones por minuto, presión arterial 120/80 sentado y 100/60 en bipedestación. General: aspecto de ligera enfermedad. Piel sin petequias ni erupciones. Abdomen: ruidos intestinales activos, ligero dolor a la palpación sin rebote. Recto: sangre en heces. Exploraciones complementarias: estudios analíticos habituales normales. Extensión húmeda de heces: numerosos PMN, tinción de carbofucsina/Gram de las heces (ilustración).

**JUICIO CLÍNICO:** Enteritis por *Campylobacter jejuni*, el *Campylobacter* produce enteritis inflamatoria y febril tras un periodo de incubación de 1-7 días. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La presencia de leucocitos fecales justifica la práctica de un coprocultivo para descartar *Campylobacter*, *Salmonella* y *Shigella*. El diagnóstico de infección por *Campylobacter* puede confirmarse a veces de manera precoz con la tinción de carbofucsina/Gram de las heces que mostró bacilos gramnegativos curvos con forma gaviota. El coprocultivo fue positivo para *Campylobacter jejuni*.

**PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento farmacológico de elección es la eritromicina, pero las quinolonas también son muy eficaces. El tratamiento farmacológico se debe reservar a pacientes con fiebre alta, diarrea sanguinolenta o intensa o enfermedad prolongada o recidivante o para niños pequeños que acuden a la guardería. En este paciente no fue necesario el uso de antibióticos, se repusieron líquidos intravenosos por la deshidratación y mejoró.

**CONCLUSIONES:** El *Campylobacter* es la causa más frecuente de diarrea bacteriana en los Estados Unidos. Tras el periodo de fiebre, los pacientes presentan dolor cólico abdominal, febrícula y 10 o más deposiciones al día blandas, y a menudo sanguinolentas. Las complicaciones consisten en megacolon tóxico, síndrome hemolítico urémico, síndrome de tipo Guillain-Barré, artritis reactiva y síndrome de Reiter.

**PALABRAS CLAVE:** ENTERITIS POR CAMPYLOBACTER JEJUNI, TINCIÓN DE CARBOFUSCINA/GRAM, COMPLICACIONES DE CAMPYLOBACTER, LEUCOCITOS EN HECES.

## ÚLCERAS POR PRESIÓN AGRAVADAS EN PACIENTES CON DIABETES

CANDIDA GARCIA FERNANDEZ, ALEJANDRA QUIÑONES ALVAREZ, ALICIA DELGADO GONZÁLEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, 58 años, acude a su centro de salud por presentar úlcera en talón derecho. Su hermana refiere que durante un mes lleva la mayor parte del tiempo encamada por inseguridad y miedo a la hora de deambular. AP: NAMC, no HTA, no DL, DM tipo II, discapacidad intelectual grado moderado. Tto: duphalac, insulina Lantus, Metformina 850.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras la recogida de constantes (cabe destacar la cifra de glucosa= 300 y su IMC= sobrepeso grado II), realizamos una valoración integral que incluya la localización y estadio de la lesión. Incluiremos también el estado nutricional de la persona, grado de dolor y los aspectos psicosociales de riesgo. A continuación, se procede a la cura de la úlcera, comenzando por el desbridamiento y limpieza y terminando con la elección del producto adecuado para la prevención y abordaje de la infección. Se realiza un plan de cuidados individualizado basándose en la terminología NANDA-NIC-NOC. Según la valoración de Virginia Henderson, se ven afectadas las siguientes necesidades básicas: Alimentación. Movilidad. Higiene/integridad piel y mucosas. Vestirse y desvestirse. Comunicación. Aprendizaje. Diagnósticos NANDA: Deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de infección. Desequilibrio nutricional por exceso.

**JUICIO CLÍNICO:** Úlcera por presión grado II. Diabetes Mellitus tipo II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lesiones en la piel. Niveles elevados de glucosa.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tras la valoración y cura de la úlcera por parte de enfermería, se proporciona la educación sanitaria pertinente para el abordaje de la enfermedad: cambios posturales cada 1-2 horas, hidratación e higiene de la piel, corregir desajustes nutricionales, practicar ejercicio... Acudirá de nuevo a su centro de salud para seguimiento.

**CONCLUSIONES:** Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación. La educación diabetológica previene numerosos casos de úlceras y amputaciones de MMII.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERA, PIEL, DIABETES, INFECCIÓN.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL PACIENTE CON PIELONEFRITIS

MARIA DE LA LUZ DIAZ HUESCA, YASMINA GALLARDO FERNÁNDEZ, ANA BELEN GAMEZ CABRERA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 47 años , NO RAM, HTA, no diabetes, no dislipemias. En Tto con fosfomicina 3G. Acude a su medico de cabecera ya que no cesa disuria persistiendo tenesmo vesical y urgencia miccional. Refiere tener picos de fiebre desde hace 5-6 días y mal estado general, ademas de crisis hipertensivas de hasta 215/110 mmHg. Debido a la no ,mejoría y persistencia de síntomas es derivada a hospital para ingreso y estudio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, normocoloreada, normohidratada. No adenopatias. Auscultación pulmonar con MVC. Auscultación cardíaca rítmica. 76 Lpm; SAO2 96%. Abdomen blando y no doloroso. Puño percusión positivo. No edemas en MMII. Se realizan las siguientes pruebas complementarias; urocultivo, ATB-grama, analítica (hemograma, bioquímica y orina), ecografía renal.

**JUICIO CLÍNICO:** Pielonefritis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Litiasis reno-uretral. Hidronefrosis. Absceso perinefrítico. Riñón poliquístico. Riñón hipoplásico. TB renal. Trauma renal. Trigonitis. Tumor de útero. Neuropatas diabéticas.

**PLAN DE CUIDADOS:** 00132 Aliviar el dolor. NOC: control del dolor. NIC: manejo del dolor( evaluación del dolor, administración tto prescrito,técnicas de relajación, calor en región suprapúbica, reposo, prevención de shock, vigilar deshidratación.

**CONCLUSIONES:** Las intervenciones enfermeras son fundamentales e irán encaminadas a controlar, manejar el dolor del paciente, enseñanza del proceso, así como vigilar y observar posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, FIEBRE, PIELONEFRITIS, DOLOR, ENFERMERÍA.

## **DETERMINACIÓN DEL LLENADO DE LOS TUBOS EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA**

MARÍA DESEADA CRISTO BERNAL, MARIA ISABEL MANGAS MARTIN, EVA MARIA ESCOBAR MOLINA

**INTRODUCCIÓN:** La extracción de sangre venosa es una técnica que realizan los profesionales de enfermería, ya que forma parte de sus funciones. Hay que distinguir entre los tubos que contienen anticoagulante y que, por tanto, son para la realización de pruebas que requieren “plasma” y los que no contienen anticoagulante para la realización de pruebas que precisan “suero”. El orden de llenado de los tubos puede alterar los resultados.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente sobre el llenado de los tubos de extracción sanguínea.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en el buscador Google académico, utilizando descriptores: “Orden llenado de tubos”, “Flebotomía”, se obtuvieron 17 artículos seleccionando los de fecha de publicación posterior al 2016. Además se realiza una revisión en bases de datos bibliográfica: Pubmed, Medline, Cinahl y Scielo, utilizando el descriptor “Extracción”, “ADN”, “Sangre” y se obtuvieron 21 hallazgos.

**RESULTADOS:** En la revisión bibliográfica realizada nos hemos centrado en el orden de llenado de tubos, y vemos que es importante para prevenir la contaminación de las muestras por anticoagulantes no deseados. El tubo de citrato, destinado a pruebas de coagulación, debe extraerse siempre antes que los que llevan otros anticoagulantes, de manera que no se contamine con EDTA o Heparina de litio lo cual puede interferir en el estudio de la coagulación.

**CONCLUSIÓN:** Tras la revisión bibliográfica, la secuencia que mas veces se repite es: Tubos de hemocultivo. Serán los primeros ya que la extracción debe ser estéril. Tubos sin aditivo. Tubo de bioquímica ya que se considera que la gelosa no es un aditivo que pueda afectar a los valores de la muestra. Tubo con aditivos. Primero los de aditivos líquidos, coagulación y VSG y a continuación los de aditivos sólidos, EDTA.

**PALABRAS CLAVE:** LLENADO, TUBOS, ORDEN, FLEBOTOMÍA, EXTRACCIÓN.

## LA ATENCIÓN TEMPRANA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ASMÁTICO

EMILIO JOSÉ SAMANIEGO MUÑOZ, ELENA MARIA JIMÉNEZ PÉREZ, CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 15 años, sin hábitos tóxicos, NAMC, acude a su Centro de Salud para su estudio por disnea de esfuerzo, tos y opresión torácica con más de un mes de evolución.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Peso y talla normales para su edad con buen estado general y de nutrición. Auscultación cardíaca normal y auscultación pulmonar con buena ventilación en ambos hemitórax sin roncus ni sibilancias. Orofaringe normal. No rinorrea. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: normal, flujo espiratorio máximo (FEM) (con medidor portátil de pico flujo): 80% con relación a su valor teórico para edad y talla. Espirometría basal: FVC: 95%; FEV1: 75%; FEF 25-75: 60%. Espirometría post-broncodilatación: FVC: 97%; FEV1: 93%; FEF 25-75: 77%. Pruebas alérgicas cutáneas: Positividad frente D. Pteronyssinus y D. Farinae.

**JUICIO CLÍNICO:** Asma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos la sospecha de diagnóstico inicial fue de asma. Una vez descartado el traumatismo torácico, es importante comparar la espirometría basal con la de uso de broncodilatadores, una vez visto la mejora de esta última y la Rx de tórax es normal, se descarta la EPOC. Se realizan las pruebas cutáneas de neumoalergia para saber que puede estar causando este proceso e iniciar medidas de control ambiental.

**PLAN DE CUIDADOS:** En relación a los cuidados del paciente se debe administrar oxígeno durante el ataque agudo, colocación del paciente en semifowler, regular la temperatura y la humedad, aumentar la ingestión de líquido. Además de actuar con calma, tranquilizar al paciente durante el ataque, administrar sedantes suaves y tranquilizantes según se prescriba y verificar la saturación de oxígeno.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma son dos enfermedades inflamatorias muy prevalentes, caracterizadas por obstrucción del flujo aéreo con distintos mecanismos patogénicos y grados de respuesta al tratamiento antiinflamatorio. Sin embargo, en la práctica clínica aparecen con frecuencia presentaciones clínicas que solapan ambas enfermedades, por lo que es importante su identificación temprana.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, ASMA, DIAGNÓSTICO ENFERMERO, PLAN DE CUIDADOS.

## ENFERMERÍA: DETECCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

EMILIO JOSÉ SAMANIEGO MUÑOZ, ELENA MARIA JIMÉNEZ PÉREZ, CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 59 años, acude a consulta de atención primaria por cansancio, malestar general, febrícula, tos irritativa y dolor de garganta. Antecedentes: asma, HTA, bloqueo de rama derecha y hemorroides.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física. Leve hiperemia faríngea, Sat O<sub>2</sub> 98%, se palpa nódulo en tiroides y mama derecha. Pruebas complementarias. Eco tiroides: normal. Mamografía/ eco mamas: mamografía fibroquística con fibroadenoma en mama derecha. Analítica: VSG: 29; IgG: 1,04; VIH: Neg; Sífilis: Neg; Hepatitis: Neg. Biopsia Médula Ósea: Normal. TAC: Adenomegalias con componente necrótico con realce periférico e hipodensidad central. Cirugía ORL: Extirpación bultoma supraclavicular. Anatomía Patológica: Linfadenitis crónica con granulomas tuberculoides caseificados sin bacilos ácido alcohol resistentes.

**JUICIO CLÍNICO:** Tuberculosis ganglionar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tanto el Ca. Tiroides como el de mama pueden producir metástasis ganglionares supraclaviculares pero quedan descartados con las pruebas complementarias específicas. El linfoma no Hodgkin y la Sarcoidosis se caracterizan por adenopatías o MEG, pero no son concordantes con el resultado aportado por AP. El VIH queda descartado por serología negativa.

**PLAN DE CUIDADOS:** Oxigenoterapia. Administración del tratamiento prescrito. Posición adecuada para el alivio de la disnea. Control de temperatura. Ingesta de abundantes líquidos si no existe contraindicación de la vía oral y/o restricción de ellos. Fisioterapia respiratoria Administración de aerosoles de suero fisiológico si no existe contraindicación (hemoptisis) Estimular al paciente a toser y expectorar (toilette respiratoria) Enseñar al paciente mecanismos compensatorios a la disnea: no agacharse, abrir las piernas y situar el torso bien abierto, respiración con labios fruncidos, no realizar movimientos bruscos, etc.

**CONCLUSIONES:** El papel de los profesionales de atención primaria es fundamental, constituyendo el primer nivel de atención y entrada al servicio sanitario. Este caso muestra la importancia de una correcta y profunda historia clínica, recordándonos que hay que tener presente las enfermedades infecciosas al diagnosticar.

**PALABRAS CLAVE:** TUBERCULOSIS, CÁNCER, LINFOMA, VIH.

## L'ÚS DE LA CÀPSULA ENDOSCÒPICA COM A MÈTODE DIAGNÒSTIC

ESTHER BARRUFET ALCANTARA, LAIA BORDES DOMÈNECH, EVA GALÁN ZURITA, BLANCA NAVARRO CABASES, MERCE PEIRAU GILART, MONTSERRAT SAS JOVE

**INTRODUCCIÓ:** La càpsula endoscòpica (CE) és un dispositiu dissenyat per a l'estudi de la paret de l'intestí prim a través de la ingestió d'una càpsula que recorre el tub digestiu recollint imatges del mateix. Les imatges són transmèses a uns sensors adherits a la pell de l'abdomen i que estan connectats a un aparell de registre que es transporta en un cinturó i que emmagatzema totes les imatges al llarg de vuit hores. La càpsula és d'un sol ús i serà excretada de forma natural, pels moviments intestinals, al fer de ventre.

**OBJETIVOS:** Conèixer el funcionament d'aquest tipus de mètode diagnòstic no invasiu. Reconèixer les indicacions i contraindicacions d'aquest mètode. Detallar l'abans (preparació), durant i després de la ingestió del dispositiu. Identificar les complicacions més comuns.

**METODOLOGÍA:** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica buscant en diferents bases de dades com Pubmed, Dialnet, Scielo y Cuiden Plus.

**RESULTADOS:** La càpsula endoscòpica ha suposat un gran avenç al permetre la visualització d la totalitat de l'intestí prim, aconseguint diagnosticar un gran nombre de lesions que fins ara passaven inadvertides.

**CONCLUSIÓN:** És un mètode diagnòstic no invasiu i ben tolerat pel pacient, i des de fa més d'una dècada considerat el primer mètode en la detecció de les anomalies de l'intestí prim, el qual suposa un gran avenç degut a la seva dificultosa exploració via endoscòpica.

**PALABRAS CLAVE:** CÀPSULA ENDOSCÒPICA, TRACTE DIGESTIU, INTESTÍ PRIM, SENSORS.

## CURES D'INFERMERIA EN LA COLANGIO-PANCREATOGRÀFIA RETRÒGRADA ENDOSCÒPICA

ESTHER BARRUFET ALCANTARA, LAIA BORDES DOMÈNECH, EVA GALÁN ZURITA, BLANCA NAVARRO CABASES, MERCE PEIRAU GILART, MONTSERRAT SAS JOVE

**INTRODUCCIÓ:** La CPRE és un procediment utilitzat en el diagnòstic i tractament de malalties de les vies biliars i del pàncrees. La CPRE és una tècnica mixta, endoscòpica i radiològica, i consisteix en la introducció d'un tub anomenat duodenoscopi, a través de la boca, l'esòfag i l'estómac fins als primers centímetres de l'intestí, al duodè. En aquesta zona trobem la papil·la de Vater, que es el punt on desemboquen els conductes biliars i pancreàtics, i on s'injecta contrast radiològic.

**OBJETIVOS:** Analitzar el paper d'infermeria en el procediment de la CPRE. Establir un algorisme d'actuació sobre les cures pre i post CPRE. Identificar les complicacions més comuns.

**METODOLOGÍA:** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica buscant en diferents bases de dades com Pubmed, Dialnet, Scielo i Cuiden Plus.

**RESULTADOS:** Segons la bibliografia consultada el personal d'infermeria ha de conèixer les cures a realitzar abans i després de la intervenció: respecte el pre-CPRE, dejú de 8 hores, via venosa perifèrica en ESD (preferiblement), control de constants vitals c/8h, serumteràpia, antibioteràpia 30 minuts abans de la CPRE (Piperacilina-Tazobactam 4/0,5gr o Ciprofloxacina 400mg en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina). Respecte el post-CPRE, control de constants (durant les primeres 6 hores, cada 2 hores, i durant les 8 hores següents, cada 4 hores), iniciar tolerància oral a les 12 hores de l'exploració (dieta hídrica progressiva a fàcil digestió), antibioteràpia segons patologies de base o grau de manipulació durant el procediment, tractament domiciliari habitual a les 12 hores de l'exploració, analgèsia i control de diürèsis. El personal d'infermeria també té un paper clau en l'educació sanitària al pacient respecte les possibles complicacions, com dolor abdominal, deposicions fosques o febre.

**CONCLUSIÓN:** És un dels procediments més exactes per a l'estudi de les malalties que afecten els conductes biliars i pancreàtics i és molt important conèixer les cures prèvies i posteriors a la intervenció.

**PALABRAS CLAVE:** COLANGIOPANCREATOGRÀFIA RETRÒGRADA ENDOSCÒPICA, CPRE, VIES BILIAR, PÀNCREES, INFERMERIA.

## ANÁLISIS SOBRE LA TÉCNICA DE TINCIÓN DE ZIEHL-NEELEN

JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE, ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN, IVAN SALVADOR CORDERO JARAMILLO

**INTRODUCCIÓN:** La tinción de Ziel-Neelsen es una tinción diferencial que nos permitirá detectar micobacterias (bacilos aerobios, inmóviles y no esporulados), y cuya presencia es responsable de enfermedades como la tuberculosis o la lepra.

**OBJETIVOS:** Determinar la técnica de tinción de Ziel-Neelsen.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Esta técnica nos permitirá distinguir bacterias cuya pared presenta resistencia a la decoloración por una mezcla de ácido y alcohol: las BAAR o bacterias ácido-alcohol resistentes. Los materiales: Mechero, portaobjetos, algodón, paralelas, frasco lavador, fucsina fenicada, decolorante (alcohol-clorhídrico 3-5%) y azul de metileno. Una vez echa la extensión las fijamos por calor pasándola por la llama unas 3-4 veces. Cubrimos con fucsina fenicada durante 1 minuto, calentamos el portaobjetos por debajo con ayuda de un algodón al cual hemos mojado con alcohol y encendido con el mechero. Lo haremos lentamente durante 5 minutos, evitando que el colorante hierva. A continuación quitaremos el exceso de fucsina. Decoloramos con alcohol-clorhídrico durante 2 minutos, lavamos con agua destilada y escurrimos. A continuación cubrimos con solución de azul de metileno durante 1 minuto, lavamos y dejamos secar. Un resultado positivo (bacterias teñidas de rojo rosáceo) indicará presencia de bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) y un resultado negativo (bacterias teñidas de azul) significa la ausencia de bacilos alcohol ácido resistentes.

**CONCLUSIÓN:** Aunque estemos ante una técnica fácil y rápida, no confirma el diagnóstico de tuberculosis ya que algunos bacilos acidorresistentes no son M. Tuberculosis. Para confirmar el diagnóstico debe complementarse con pruebas como cultivo o la prueba de tuberculina. Por lo tanto no estamos ante una prueba confirmatoria sino de apoyo al diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** TINCIÓN, ZIEHL-NEELEN, BAAR, MICOBACTERIAS.

## **PERCEPCIÓN DEL DOLOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA CISTOSCOPIA**

ISABEL MARIA SANCHEZ BENITEZ, ESTHER FUENTES PARRA, ANA MARIA SANCHEZ ALONSO

**INTRODUCCIÓN:** La cistoscopia es un procedimiento diagnóstico para detectar problemas en uretra y vejiga.

**OBJETIVOS:** Evaluar el dolor durante la realización de una cistoscopia con cistoscopio flexible.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio descriptivo durante el año 2017. La muestra estudiada son 100 pacientes de ambos sexos que acuden a realizarse cistoscopia flexible de forma ambulatoria. Edad comprendida de 28-85 años. A todos los pacientes se les realiza lubricación uretral previa sin anestesia. Complimentación de Escala Visual Analógica.

**RESULTADOS:** El promedio de edad presentado es de 67.5. Siendo el 78% varones. Presentan una mayor percepción del dolor : hombres 4.4, Pacientes con estenosis uretral 5.3, Elevado calibre del cistoscopio 5.1, Realización de la prueba por primera vez 4.6. Habiendo una percepción menor del dolor en los pacientes que presentan infecciones urinarias de repetición 2.1, No estenosis uretral 3.3, Mujeres 2.2, Menor calibre cistoscopio 3.8, Cistoscopias previas 3.5.

**CONCLUSIÓN:** La cistoscopia transuretral cuando se realiza con un cistoscopio flexible suele ser bien tolerada, aunque hay factores influyentes como sexo, tamaño del cistoscopio, motivo de estudio y nivel de ansiedad del paciente que pueden aumentar la percepción del dolor.

**PALABRAS CLAVE:** CISTOSCOPIA, DOLOR, LUBRICANTE URETRAL, ESCALA VISUAL ANALÓGICA.

## **CONTROL TELEFÓNICO DE PACIENTE INTERVENIDO POR MENISCO**

ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que tras intervención de fractura tibial distal es dado de alta para seguimiento en consulta. Se deriva seguimiento en consulta para cura y revisión por trauma en 3 días y seguimiento telefónico al día siguiente del alta hospitalaria.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se comprueba estado del paciente con la realización de una encuesta predeterminada, donde se indica: fiebre, dolor, tolerancia para actividad, tolerancia alimentaria, dificultad para el sueño. El resultado de dicha encuesta es positivo por lo que se mantiene consulta para cura y se resuelven algunas dudas.

**JUICIO CLÍNICO:** Mejora del estrés tras intervención quirúrgica tras solventar dudas. Mejora en el seguimiento al paciente tras alta hospitalaria. **PLAN DE CUIDADOS:** Al día siguiente tras alta hospitalaria realizo seguimiento telefónico del paciente con resolución de dudas y comprobación del estado del paciente cumplimentando la tabla con los valores que refiere el paciente. Tras observar que todo esta dentro de los valores esperados solvento las dudas clínicas del paciente, mejorando la estancia en su domicilio hasta revisión por trauma.

**CONCLUSIONES:** El paciente se siente mas seguro y confortado tras realización de seguimiento telefónico. Mejorando así su estancia domiciliaria y el estrés que supone la patología.

**PALABRAS CLAVE:** AYUDA, CONSEJO SANITARIO, PROTOCOLOS, CONSULTA, TELEFÓNICA.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE PIE DIABÉTICO**

CELIA MARIA CORDOBA MORALES, MARÍA RUIZ ZAMBRANA, MARIA PIEDAD GARCIA RUIZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 60 años diagnosticado de Diabetes Mellitus II acude a su médico de cabecera por presentar úlcera en pie izquierdo con calor y rubor. Refiere presentar tal molestia que no es capaz de ponerse el zapato ni de andar ligeramente.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Los antecedentes del paciente son diabetes mellitus, HTA y hipercolesterolemia. No presenta alergias medicamentosas conocidas y refiere ser independiente para las actividades de la vida diaria. TA: 138/82 mmHg, T°: 36.5 °C. FC: 78 lpm, Sat: 96% y Dtt: 258 mg/dl. La enfermera del centro de salud realiza una valoración de la úlcera concluyendo ser consecuente de su enfermedad de base (diabetes mellitus).

**JUICIO CLÍNICO:** Pie diabético. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00078) Gestión ineficaz de la propia salud, (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz, (00046) Deterioro de la integridad cutánea y (00085) Deterioro de la movilidad física.

**CONCLUSIONES:** Una de las causas por la que los pacientes diabéticos solicitan asistencia de salud, se relaciona con problemas del pie diabético, particularmente con la presencia de úlceras. La infección, si se asocia a isquemia es la causa más frecuente de amputación de extremidad inferior, de ingreso hospitalario y disminución de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Por todo esto, considero el papel de enfermería fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes. La aplicación de un cuidado integral permite abordar las distintas necesidades de la persona y persiguiendo una serie de objetivos para no llegar a producir las consecuencias y complicaciones que puede llevar a cabo esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES MELLITUS, PIE DIABÉTICO, COMPLICACIONES, **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

## SÍNDROME DE CREST: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

LUIS QUERO REBOUL, RAQUEL MARÍA RODRÍGUEZ PIÑEYRO, ADELA SÁNCHEZ CARRIÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 41 años. Fumadora de 30 Cigarrillos al día. No Factores de Riesgo cardiovascular. Diagnosticada de síndrome de Raynaud hace 1 año. Presenta edematización y dolor en falanges distales de manos, coincidentes con el frío. Presenta cuadros de reflujo gastroesofágico en los últimos 5 meses.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Etiopatogenia: Sexo femenino predominante. Edad media. Sin incidencia familiar. Sin predilección racial. Puede aparecer en edades pediátricas. Síndrome de CREST Calcinosis: Depósitos de sales de calcio en la piel en forma de nódulos o placas. Raynaud: Espasmos vascular en respuesta al frío o al estrés. Esófago: Disfunción de la motilidad del esófago: disfagia y afectación del EEI, Sclerodactilia: Engrosamiento de la piel en los dedos de sus manos. Telangiectasias: Dilatación de capilares en forma de telarañas en la superficie de la piel. Pruebas complementarias: Pruebas de Laboratorio: Datos inespecíficos que podemos encontrar: VSG acelerada. Anemia multifactorial. Factor Reumatoide +. Hipergamglobulinemia. El diagnóstico es Clínico, pero en casos dudosos se pueden solicitar marcadores inmunológicos específicos como son: ANA +. P-ANCA. ANTI-TOPOISOMERASA (Scl-70).

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de Crest. Generalmente, solo es necesario la presencia de 2 de las 5 siglas de la enfermedad para realizar su diagnóstico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome de Sjögren: Cirrosis Biliar. Malabsorción.

**CONCLUSIONES:** En la mayoría de las personas afectadas, la enfermedad es progresiva. Puede haber remisión, si solamente presenta afectación en la piel. Pero si hay afectación sistémica puede causar la muerte: Insuficiencia Cardíaca. Insuficiencia Renal. Fibrosis Pulmonar. Tratamiento. Raynaud: Protección especial frente al frío. Antagonista del calcio. Nifedipino 20-30 mg/día. Diltiazem 180 mg/día. En caso de úlcera necróticas, la perfusión con prostaciclina. Esófago: Inhibidores de la bomba de protones comenzando con dosis altas de Lansoprazol 30mg/12h, Pantoprazol 40mg/12h. Sclerodactilia: Respuesta variable a Aines. Afección Pulmonar: Medidas de soporte ( oxigenoterapia, broncodilatadores, antibioterapia). En fases iniciales existe mejoría con el uso de D-penicilamina y/o Glucocorticoides.

**PALABRAS CLAVE:** RAYNAUD, CALCINOSIS, TELANGIECTASIAS, ESCLERODACTILIA, ESOFAGITIS.

## VALORES NORMALES DE LA SUBUNIDAD DE ÁCIDO LÁBIL EN ADULTOS

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, YOLANDA DURO OLIVAS, MARIA JOSE RUIZ PEREZ

**INTRODUCCIÓN:** La subunidad ácido lábil human (ALS) es un pequeña proteína de 66 kilodaltons. El factor insulínico de crecimiento (IGF-1) es necesario para el desarrollo del organismo. IGF-1 tiene una serie de proteínas transportadoras IGFbps. El IGF-1 se une al IGFbp-3 y al ALS, formando un complejo ternario de gran tamaño que no puede cruzar el endotelio vascular, prolongando la vida media de IGF-1 y propiciando su almacenamiento en el plasma, para facilitar sus funciones endocrinas y minimizar sus efectos locales insulínicos.

**OBJETIVOS:** Establecer valores normales de los tres elementos del complejo ternario (IGF-1, IGFbp-3 y ALS), en las diferentes edades de una población adulta normal.

**METODOLOGÍA:** Se han estudiado una muestra poblacional de 176 adultos, la cual hemos dividido en tres grupos: Grupo 0, menores de 25 años, (36 muestras); Grupo 1, entre 26 y 40, (47 muestras); y Grupo 2, mayores de 41, (92 muestras). A todos ellos se les determinó los valores séricos de la ALS con un enzimoimmunoensayo de Mediagnost en el equipo DS2 de PALEX, distribuido por VITRO diagnostic. Los valores séricos de IGF-1 y IFGBP-3 con un ensayo de quimioluminiscencia en el equipo INMULITE 1000 de Siemens. La estadística se ha realizado con el programa informático SPSS 18.0.

**RESULTADOS:** Se realizaron pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk y Kolomogorov-Smimov) resultando una población de distribución no normal.

**CONCLUSIÓN:** Según los resultados, podemos destacar que la IGF-1 es significativamente diferente,  $P < 0.050$ , En los tres grupos. La IFGBP-3 sólo es significativamente diferente para la comparación del grupo 0 con el grupo 2,  $P < 0.011$ . Mientras que ALS es diferente entre el grupo 0 y grupo 2,  $P < 0.005$ . Los tres parámetros correlacionan significativamente en los 3 grupos,  $P < 0.050$ . Encontramos correlación más alta entre ALS y IFGBP-3, de 76,6%, en el grupo 2; y la menor es la ALS y IFGBP-3, de 46,6 en el grupo 0%.

**PALABRAS CLAVE:** VALORES, INSULÍNICO, ÁCIDO, LÁBIL.

## **LAS FUNCIONES DEL LABORATORIO EN EL PROTOCOLO DE RIESGO INFECCIOSO DEL RECIÉN NACIDO**

ROCIO LAUREANO DOMINGUEZ, MARIA JOSE CARRILLO TORNERO, MARIA ARÁNZAZU  
JIMÉNEZ MORCILLO

**INTRODUCCIÓN:** La sepsis neonatal sigue siendo una de las principales complicaciones que pueden llevar a la muerte del recién nacido (RN) durante sus primeros días de vida, especialmente, en prematuros. Las manifestaciones clínicas son concretas y pueden confundirse con otras patologías del RN, por lo que el laboratorio juega un papel clave en el diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Determinar las pruebas de laboratorio útiles en el diagnóstico de sepsis neonatal.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión en diversas bases de datos y protocolos actuales de riesgo infeccioso en RN, analizando las pruebas de laboratorio que engloban.

**RESULTADOS:** La mayoría de protocolos, ante una sospecha de sepsis, incluyen determinaciones (seriadas en el tiempo) de hemograma, proteína C reactiva (PCR) y hemocultivo. Alteraciones en el hemograma (neutrofilia, neutropenia, aumento de neutrófilos inmaduros o trombocitopenia) podrían ser indicativo de una sepsis. Es un parámetro inespecífico ya que estas alteraciones están presentes en otras patologías o situaciones de estrés. El hemocultivo es la prueba más exacta para el diagnóstico de una infección. Si embargo, en RN es difícil de extraer la cantidad de sangre necesaria para asegurar un resultado válido. Por lo que aún siendo negativo, ante sospecha de infección, debe seguirse con el tratamiento. Las reactantes de la fase aguda son proteínas inespecíficas que aumentan en procesos inflamatorios e infecciosos. Las más utilizadas son la PCR y la procalcitonina (PCT). La PCT aumenta de forma más rápida que la PCR, permitiendo un diagnóstico más rápido y determinando de forma más exacta el momento para dejar el tratamiento antimicrobiano. Su inconveniente es que, en neonatos, hay un aumento fisiológico que podría interferir en la interpretación clínica.

**CONCLUSIÓN:** Ninguna prueba aislada (excepto un hemocultivo positivo) nos permite un diagnóstico definitivo de la sepsis neonatal, habría que analizar todos los parámetros de laboratorio de forma simultánea, apoyándonos en la observación y manifestaciones clínicas del neonato.

**PALABRAS CLAVE:** SEPSIS NEONATAL, HEMOCULTIVO, PCR, PROCALCITONINA.

## **COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE**

JONATAN VILCHEZ GARCIA, INMACULADA MALUMBRES JUAREZ, PILAR LOPEZ RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** En la consulta médica debemos acompañar al médico, nuestra tarea es cuidar de que todo esté dispuesto: Historia clínica, instrumental para la exploración, material para curas, recetas y otros documentos. Además de ayudar a los enfermos a desplazarse en la consulta si tienen dificultad, a desvestirse y vestirse a subirse y bajar de la mesa de exploraciones y ayudar al médico con todo lo que precise.

**OBJETIVOS:** Determinar las funciones del TCAE en la exploración física del paciente.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** En la función organizativa nos ocupamos de las citas por teléfono, cancelaciones de estas y/o modificaciones de horarios debemos procurar que el número de enfermos que acude cada día a la consulta no sea superior ni inferior al que se nos ha indicado. Debemos controlar el número de enfermos citados y disponer por el orden en que van a entrar a la consulta preparara las historias clínicas. Nos encargaremos de llamar a los enfermos para que pasen a consulta y los acompañaremos a la puerta al terminar. Antes de que la consulta empiece y después que haya terminado, debemos revisar todo el mobiliario instrumental que se maneja habitualmente como la lencería, carro de curas, recetas, volantes para peticiones, etc. Enviamos a lavandería ropa sucia, limpiamos y enviamos a esterilización el instrumental ya usado y necesite esterilización. Pedimos el material que se necesite para el próximo paciente.

**CONCLUSIÓN:** El auxiliar de enfermería organiza, ordena y ayuda al médico y enfermo en consulta, con una función asistencial, función organizativa, y puesta a punto de la consulta.

**PALABRAS CLAVE:** ORGANIZACIÓN, COLABORACIÓN, ASISTENCIA, CONSULTA, FUNCIÓN.

## IMPORTANCIA DEL FACTOR RHESUS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ARANZAZU DIEZ BAQUERO, LORENA LLERENA GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** El factor RH tiene una importancia vital, en diferentes episodios clínicos, como pueden ser las transfusiones de sangre, los trasplantes e incluso los embarazos, pudiendo llegar a ser determinante en muchos de ellos.

**OBJETIVOS:** Conocer la importancia medica del factor RH en el ámbito sanitario.

**METODOLOGÍA:** La búsqueda de información ha sido realizada en diferentes artículos, publicaciones y temarios relacionados con el tema en cuestión, concluyendo con los descriptores: RH, transfusión de sangre, trasplante, embarazo.

**RESULTADOS:** El factor RH es una proteína que se encuentra en nuestras células, y que se presenta en forma dominante y forma recesiva. Esto da lugar a que unas personas tengan un RH positivo y otras personas tengan un RH negativo. Esto es determinante, ya que las personas que cuentan con un RH- desarrollan anticuerpos contra el RH+ cuando se exponen al mismo.

**CONCLUSIÓN:** Podríamos concluir, recalcando la importancia de realizar las transfusiones y trasplantes con el mismo RH, pues al hacerlo con diferentes tipos, se produciría un proceso inflamatorio ya que los glóbulos rojos serian reconocidos como extraños por el sistema inmunológico y terminarían destruyéndose. Si se repite la mezcla de RH podría la sangre aglutinarse, formar coágulos que deriven en problemas de trombos. En el embarazo la diferencia de RH entre la madre y el feto hay que controlarlo. Hoy en día se cuenta con pruebas como la del RH, también hay tratamientos para que esto no suponga un problema y la gestación se lleve a cabo de una manera segura.

**PALABRAS CLAVE:** TRANSFUSION, EMBARZO, TRASPLANTE, FACTOR RH.

## ATENCIÓN AL PACIENTE HIPOGLUCÉMICO POR EQUIPO DE CUIDADOS AVANZADOS

ISABEL CORDOBA LOPEZ, JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER PÉREZ ROMERA

**INTRODUCCIÓN:** La activación del recurso ECA, en la demanda de asistencia de una persona diabética con un cuadro de hipoglucemia, tiene como objetivo inicial resolver la situación de descompensación glucémica, con o sin compromiso vital, conforme a lo establecido en el protocolo ECA hipoglucemia.

**OBJETIVOS:** Identificar cuadro de hipoglucemia mediante clínica del paciente y cifra de glucemia. Analizar posibles situaciones de compromiso vital y restablecer valores de glucemia. Valorar posibles causas modificables que han provocado la alteración por la que ha sido asistido.

**METODOLOGÍA:** Se realiza búsqueda bibliográfica en Medina, Cochrane Library y Cinahl (2007 a 2017), buscando guías y artículos con las descriptores: Eca, paciente, hipoglucemia. De las 10 guías encontradas seleccionamos 6.

**RESULTADOS:** Medidas específicas: Paciente consciente y puede ingerir (Hipoglucemia leve-moderada). Regla 15x15: administrar 15-20 g de HC de absorción rápida, esperar 15 min y reevaluar la glucemia. Paciente inconsciente y/o no puede ingerir (grave) o hipoglucemia mantenida a pesar de la regla 15x15. Si vía venosa no disponible: Glucagón 1 mg vía Sbc. Si vía venosa disponible: Glucemia 40-70 mg/dl: administrar 10 g Glucosa In en 2-3 min. Glucemia <40 mg/dl: administrar 20 g en 2-3 min.

**CONCLUSIÓN:** La evolución del paciente refleja la respuesta de este al tratamiento y los cuidados aplicados durante la asistencia. Se considera imprescindible que aquella constante que no esté en el rango de lo esperado en función del tipo de paciente atendido, tenga que monitorizarse y registrarse tantas veces como sea preciso para ver la evolución y respuesta del paciente al tratamiento y cuidados prestados.

**PALABRAS CLAVE:** ECA, ATENCIÓN, PACIENTE, HIPOGLUCEMIA.

## COLESTEROLISIS MÚLTIPLE COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE

CARMEN MARIA JIMÉNEZ HERRERA, CARMEN MARIA JIMENEZ FELICES, ANGEL HURTADO DE MENDOZA MEDINA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 34 años que acude a urgencias en repetidas ocasiones por dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, en ocasiones irradiado a zona escapular y en relación con las comidas. Se acompaña de náuseas, vómitos de contenido gástrico ocasionales e hiporexia. Pérdida de peso de 7 kg desde hace 3 meses. No fiebre, no acolia, no coluria ni ictericia. No alteración del hábito intestinal ni transgresión alimentaria.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eupneico. ACR: Rítmico, no soplos, 80lpm, mvc. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo aumentado. No signos de irritación peritoneal. Hemograma 5900 leucocitos, fórmula normal, Hb 15.4, Coagulación normal, BQ: Glu 94, Creat 0.84, Urea 24, BT 0.4, LDH 200, ast 124, Amilasa 103, iones normales. Íleo-colonoscopía normal, con biopsias normales. Endoscopia oral normal, biopsias normales. Tránsito gastrointestinal: dudosa afectación de íleon terminal. Colangiografía RM: Hígado, vesícula, vías biliares y páncreas normal. Ecografía-doppler abdominal: múltiples pólipos de colesterol que miden entre 5 y 10 mm adosados a la pared de la vesícula biliar sin imagen de litiasis biliar asociada.

**JUICIO CLÍNICO:** Colesterolosis múltiple en vesícula biliar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Colelitiasis. Coledocolitiasis. Colangitis autoinmune tipo Cirrosis biliar primaria. Neoplasia de vesícula.

**PLAN DE CUIDADOS:** Colectectomía. Tras ello dieta de protección biliar y resincolestiramina si diarrea.

**CONCLUSIONES:** La colesterolosis múltiple en vesícula biliar es una rara causa de cólico biliar, que puede ser confundida con cólicos biliares, pero en este caso no se encuentran litiasis en el interior de la vesícula. En este caso se diagnosticó mediante ecografía-doppler abdominal, pero en muchas ocasiones es un diagnóstico postcolectectomía en paciente con sospecha de litiasis o colecistitis crónica. En ocasiones transcurre de forma asintomática, siendo un hallazgo casual en las autopsias.

**PALABRAS CLAVE:** COLESTEROLISIS, COLANGITIS, COLELITIASIS, CÓLICO BILIAR.

## **ESTUDIO DE GONADOTROPINA CORIÓICA HUMANA EN ORINA: DETERMINACIÓN CUALITATIVA**

AGUEDA MORENO LAUP, ROSA MARÍA JIMÉNEZ CORONADO, ANA BELEN RIOS CALDERAT

**INTRODUCCIÓN:** El análisis del test hCG en placa Monlabtest en orina es un Inmunoensayo Cromatográfico diseñado para la determinación cualitativa de la Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) para la detección precoz del embarazo. La hCG es una hormona glucopéptido producida por la placenta durante el embarazo. La concentración de hCG en la orina aumenta de manera constante a un pico de circulación de 50.000 MUI/ml entre la octava y la undécima semana de embarazo. Aparece en orina de mujeres embarazadas a los diez días después de la concepción.

**OBJETIVOS:** Identificar el número de pacientes que se realizan el test de determinación de la hCG en orina en el laboratorio de urgencias durante el año 2017.

**METODOLOGÍA:** Para la determinación empleamos un kit de prueba rápida de embarazo hCG en placa Monolab Test de la casa comercial Monlab. La orina se añade al kit de la prueba y se deja migrar a través de un dispositivo absorbente. El conjugado anticuerpo-colorante marcado se une a la hCG de la muestra formando un complejo antígeno-anticuerpo. Este complejo produce una banda de color púrpura cuando la concentración de la hCG es igual o superior a 25mUI/ml. En ausencia de la hCG no se forma ninguna banda.

**RESULTADOS:** Se han estudiado 1863 peticiones de test de embarazo de las cuales no se han recibido muestra: 21, positivas 201 y negativas 1641.

**CONCLUSIÓN:** Se trata un test de gran especificidad, no interfiriendo con hormonas estructurales semejantes (TSH, LH, FSH). Con un alto grado de sensibilidad detectando la hormona de la orina en concentración de 20mUI/ml, no mostrando interferencias con medicamentos, glucosa y proteínas que potencialmente podrían interferir.

**PALABRAS CLAVE:** LABORATORIO, TEST, URGENCIAS, ANÁLISIS.

## ESTABILIDAD DEL ARN VIRAL EN MUESTRAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO VIRAL

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, YOLANDA DURO OLIVAS, MARIA JOSE RUIZ PEREZ

**INTRODUCCIÓN:** Debemos de tomar la máximas precauciones al trabajar con ARN para evitar su degradación por ARNasas, que son enzimas muy ubicuas. La utilización de los inhibidores de ribonucleasas es una solución.

**OBJETIVOS:** Evaluar la integridad del ARN viral de muestras clínicas después de su almacenaje a 4°C tras un periodo de tiempo de trabajo estándar (7-10 días), y posible aplicación de un inhibidor para evitar su degradación.

**METODOLOGÍA:** Durante dos meses del 2017, todas las muestras de exudados recogidas para la detección del genoma viral, se procesaron según los protocolos de la Unidad de Virología, incluyendo, una purificación genómica por métodos automáticos (Magnapure, Roche Diagnostics, Switzerland). De cada muestra, se separan dos alícuotas de 10ul. A una se le añade RNasin Inhibidor RNasa a una concentración de XXug y se almacenaron las dos muestras a 4°C. Analizamos 67 muestras en las que se había encontrado ARN viral: 51 Enterovirus, 8 Parainfluenzas y 9 gripes. A los 10 días, se volvió a realizar la PCR a las muestras en tiempo real para los virus que habían sido positivos. Los ciclos de amplificación (Ct) de la PCR a tiempo real (RT-PCR) realizada de forma rutinaria, se compararon con los Ct de las mismas muestras amplificadas a los 10 días, con y sin inhibidor RNasa.

**RESULTADOS:** Las 67 muestras se dividieron en tres grupos según su ciclo de amplificación, para ver si la carga viral influía en los resultados.

**CONCLUSIÓN:** Para el diagnóstico de un virus ARN, una vez extraída la muestra, ésta no se degrada después de 10 días a 4°C, independientemente de la carga viral que posee, por lo que nos es necesario su conservación con inhibidor. Sería útil realizar estudios en periodos de tiempo más largos para establecer a partir de que tiempo la degradación del ARN obliga a utilizar un inhibidor enzimático.

**PALABRAS CLAVE:** ARN, MUESTRAS, DIAGNÓSTICO, VIRAL.

## DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS ARTICULAR DE RODILLA

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, MARIA JOSE RUIZ PEREZ, YOLANDA DURO OLIVAS

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico clínico-microbiológico condiciona el procedimiento a seguir y permite la adecuación del tratamiento antibiótico.

**OBJETIVOS:** Analizar el diagnóstico microbiológico de las prótesis de rodilla con criterio clínico de infección desde la implantación de un protocolo de diagnóstico/tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se estudió el diagnóstico microbiológico de los procedimientos de revisión/retirada de las infecciones clínicas asociadas a prótesis de rodilla (34 casos) durante 20 meses. Se analizaron conjuntamente las muestras relacionadas con 25 IPR con criterios clínicos de las que se recibió un número óptimo de muestras (media: 7, rango: 3-11). El procesamiento de las muestras varió en función del tipo. Los líquidos articulares fueron previamente concentrados mediante centrifugación. Las muestras de biopsias/tejidos fueron homogenizados bien por volteado o por Stomacher. Por último, el material procedente de las prótesis fue volteado, sonicado y concentrado, y la inoculación se realizó con el sedimento.

**RESULTADOS:** Se realizó diagnóstico microbiológico en 22 de las IPR, aislándose microorganismos en el 85% de las IPR. Los cocos gram positivos estuvieron implicados en un 77% de los casos, siendo *Staphylococcus epidermidis* el microorganismo más frecuentemente aislado (45%) y documentándose *Staphylococcus aureus* en cuatro ocasiones. En el 8,7% se documentó infección mixta. Los bacilos gram negativos se implicaron en dos ocasiones. La rentabilidad del diagnóstico microbiológico de las muestras fue similar en 21 de los procesos analizados. En el 40% de los casos el tratamiento dirigido incluyó quinolonas y en un 45% Linezolid; el 60% de los tratamientos incluyeron rifampicina en combinación.

**CONCLUSIÓN:** La identificación del microorganismo casual de la IPR requiere el envío y procesamiento de un número óptimo de muestras y la rentabilidad del diagnóstico microbiológico, puede mejorar con la sonicación del material ortopédico. La estandarización del diagnóstico conduce a un mejor manejo de los pacientes en la adecuación del tratamiento antibiótico empírico y dirigido.

**PALABRAS CLAVE:** DIAGNÓSTICO, MICROBIOLÓGICO, INFECCIÓN, PRÓTESIS, RODILLA.

## **DESENCADENAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA: ECCEMA**

NOELIA BECERRA GOMEZ, SILVIA GUTIÉRREZ CARBALLO, LORENA CONDE RODRÍGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** La dermatitis (en ocasiones denominada eccema) es la inflamación de las capas superficiales de la piel, que causa prurito, ampollas, enrojecimiento, hinchazón y, a menudo, exudación, costras y descamación.

**OBJETIVOS:** Determinar una serie de medidas para prevenir su aparición, así como tratar los tres factores que forman parte de su proceso: la piel seca, el picor y el eccema.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Al No existir un método en concreto que de lugar a una curación permanente, generalmente el eccema cura con el tiempo. La mayor parte de gente puede vivir de forma confortable con su eccema especialmente si siguen las siguientes recomendaciones. El tratamiento del eccema atópico debe incluir la utilización de emolientes, corticoides, antibióticos y antihistaminicos. Entre las medidas generales de prevención se encuentran evitar todas aquellas sustancias que puedan desencadenar o empeorar los brotes de dermatitis atópica, como los cambios bruscos de temperatura, sustancias irritantes, ciertos tejidos (lana), el polvo o el polen.

**CONCLUSIÓN:** El manejo de la DAS refractaria en adultos es complejo y desafiante, aún más si se asocia a una infección viral cutánea extensa. Las terapias actuales utilizadas en estos casos corresponden a medicamentos de alto costo, administración subcutánea o intravenosa, con efectos adversos potenciales, que requieren de varias dosis para mantener el efecto deseado y con escasa evidencia, que permita establecer su seguridad y efectividad.

**PALABRAS CLAVE:** ECCEMA, PIEL, SEQUEDAD, PICORES, ENROJECIMIENTO.

## **RESULTADOS DE HAPTOGLOBINA EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE 2017**

INMACULADA JUNCO LARIA

**INTRODUCCIÓN:** La haptoglobina es una proteína de transporte, y de fase aguda sintetizada en el hígado. Se une a la Hemoglobina que queda libre después de la lisis de los eritrocitos. Una mayor liberación de Hb, mediante la hemólisis intravascular, produce una disminución de haptoglobina y, en casos de hemólisis graves, se puede llegar hasta su consumo total.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados de haptoglobina en un hospital comarcal durante 2017.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de los valores de haptoglobina en el laboratorio de inmunología en el año 2017.

**RESULTADOS:** Se utilizarán muestras de suero sin diluir. El reactivo utilizado es NOR-PARTIGEN HAPT. Son placas que contienen, en una capa de gel de agarosa, un antisuero específico contra la correspondiente proteína plasmática del paciente. Se dispensará el suero del paciente en un pocillo de la placa y se deja reposar unas 18 horas. Transcurrido este tiempo se lee el resultado midiendo el diámetro del precipitado. Este diámetro es directamente proporcional a la concentración de la proteína en la muestra. En nuestro laboratorio consideramos patológicos los valores inferiores a 0.323 G/L. Se estudiaros 55 pacientes y, de ellos, 14 (un 25 %) tienen valores de haptoglobina inferiores a 0,323g/L.

**CONCLUSIÓN:** Se trata de una técnica sencilla para la determinación cuantitativa de haptoglobina en el paciente. Dicha determinación está indicada para la evaluación de la gravedad y el estadio de la enfermedad hemolítica.

**PALABRAS CLAVE:** HAPTOGLOBINA, HOSPITAL, RESULTADOS, HEMÓLISIS.

## **EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA VERSUS NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO**

MARIA VIRIDIANA BREA LOPEZ, BARBARA BLANCO CARO, CRISTINA DURAN ALBA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 47 años, que acude al servicio de urgencias por inicio súbito de disnea desde hace dos horas, acompañado de tos que no cede desde su inicio. Antecedentes personales: HTA, EPOC con oxigenoterapia domiciliaría. Exfumador de un paquete diario desde hace dos años.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En su exploración física el paciente esta taquipneico, con gran trabajo respiratorio y uso de la musculatura accesoria y molestias en la zona dorsal posterior. Cianosis acra, acropaquias, taquicardia sinusal e hipofonesis generalizada. HTA 135/60, FC 135 lpm, Tª 36.6. Se le realiza EKG, gasometría arterial y radiografía de tórax.

**JUICIO CLÍNICO:** Neumotórax espontáneo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aunque a priori la clínica del paciente hace sospechar que sufra una exacerbación de su EPOC, no podemos descartar que padezca de un neumotórax espontáneo por la similitud de los síntomas.

**CONCLUSIONES:** Es un hecho trascendente considerar el neumotórax espontáneo como posible causa de disnea súbito, sobre todo en pacientes con antecedentes de patología pulmonar crónica, en los cuales el 90% se originan por la rotura de blebs o bullas, junto a otros factores etiológicos. Tras recibir los resultados se deriva al médico especialista para su seguimiento y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** PULMÓN, EPOC, NEUMOTÓRAX, RADIOGRAFÍA TÓRAX.

## **EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA: VALORACIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS**

ISABEL CORDOBA LOPEZ, JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER PÉREZ ROMERA

**INTRODUCCIÓN:** El Ictus es la principal causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de mortalidad global en España (la primera en las mujeres). Tiene un impacto socio-sanitario considerable debido a su elevada prevalencia e incidencia y la discapacidad y dependencia que produce y su repercusión es aún mayor cuando afecta a personas en situación laboral activa. En el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz existe una experiencia destacable en el contexto de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias: los “Equipos de Coordinación Avanzada (ECA)”. Son recursos móviles de urgencias presentes en las provincias de Málaga y Sevilla.

**OBJETIVOS:** Analizar el código ICTUS en los casos que corresponda.

**METODOLOGÍA:** Se realiza búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane Library y CINAHL (2007 a 2017), buscando guías y artículos con las PALABRAS CLAVE: ECA, VALORACIÓN, PACIENTE, ICTUS. De las 10 guías encontradas seleccionamos 4.

**RESULTADOS:** Para la valoración de paciente con Ictus tendremos en cuenta: Control estricto de constantes, incluido el Dolor cada 15 min. Monitorización cardiaca y realización ECG. Nivel de conciencia y orientación en persona, espacio y tiempo. Situación Basal del paciente. Hábitos de vida del paciente. En todo paciente con Ictus hay dos datos que no se deben olvidar de anotar: la Escala de Rankin Modificada y la Hora de Inicio.

**CONCLUSIÓN:** Debe garantizarse por el ECA la toma de aquellas constantes básicas e imprescindibles para cada tipo de paciente, en función de la situación patológica que presente. Enfermería debe usar la escala AVDI para describir la situación neurológica del paciente, también es importante saber la hora de inicio de síntomas, así como la escala Rankin que no sea mayor de 2.

**PALABRAS CLAVE:** ECA, VALORACIÓN, PACIENTE, ICTUS.

## LIPOMA FRENTE SARCOMA DE CODO DERECHO

MARIA VIRIDIANA BREA LOPEZ, BARBARA BLANCO CARO, CRISTINA DURAN ALBA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 37 años de edad que acude por presentar desde hace tres meses una tumoración indolora en la cara interna del codo derecho, con aumento de tamaño progresivo. No traumatismo previo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración se palpa tumoración en la cara interna del codo izquierdo, bien delimitada y no adheridos a planos profundos. No afecta al movimiento de la articulación. Se le realiza analítica completa, placa de codo derecho y resonancia magnética de la zona a estudiar.

**JUICIO CLÍNICO:** Lipoma, tumoración de partes blandas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aunque a priori la clínica del paciente nos hace sospechar de una tumoración de partes blandas, lipoma, no podemos descartar que padezca un sarcoma de partes blandas por la similitud de los síntomas.

**CONCLUSIONES:** Los lipomas son tumores benignos de carácter blando y están formados por células de tipo graso provenientes de tejido adiposo. De entre las características de los lipomas podemos destacar que son blandos al tacto, redondeados y normalmente no son dolorosos. También pueden desplazarse cuando se tocan. Se le remite a especialista para seguimiento y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** LIPOMA, SARCOMA, CODO, TUMORACIÓN.

## **PACIENTE CON HERIDA INFECTADA POR PARÁSITO: MIASIS**

BELÉN GRANADOS LÓPEZ, JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La incidencia real probablemente esté subestimada por cierto grado de infranotificación en la literatura debido al pronóstico favorable de la mayoría de los casos. Las medidas de prevención son importantes, sobre todo las miasis asociadas a heridas, debiendo mantener una adecuada higiene, desbridamiento de las áreas necróticas y evitar la exposición del material de curas y de las heridas abiertas para impedir el depósito de los huevos en las mismas, siendo ésta última la vía patogénica empleada en nuestro caso.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se observa herida inciso-contusa en dorso de mano izquierda, con halo eritematoso alrededor, presentando secreción purulenta y maloliente. Se observan también varios gusanos de color blanco en su interior. Se realizó limpieza profunda de la herida con antisépticos, con extracción manual de los parásitos. Además se le prescribió Cloxaciclina, ya que la herida estaba sobreinfectada, con buena evolución.

**JUICIO CLÍNICO:** Miasis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección herida, dermatitis.

**CONCLUSIONES:** La miasis es una parasitosis producida por larvas de dípteros. La forma clínica más frecuente es la miasis cutánea. En nuestro medio se producen por parasitación de heridas o cavidades naturales, siendo más frecuente en meses cálidos y en pacientes con factores de riesgo (edad avanzada, clase social baja, escasa higiene, lesiones tumorales, diabetes, etilismo, viajes al extranjero, enfermedad vascular periférica...). Su morbilidad es baja, siendo la sobreinfección bacteriana la principal complicación. El tratamiento se realiza dependiendo del grado de infestación (lavado antiséptico y extirpación de las larvas, con o sin desbridamiento quirúrgico, métodos oclusivos con diversas sustancias, tratamiento tópico u oral con antiparasitarios como la ivermectina). Es fundamental realizar una buena prevención, debiendo mantener una adecuada higiene, desbridamiento de las áreas necróticas y evitar la exposición del material de curas y de las heridas abiertas para impedir el depósito de los huevos en las mismas.

**PALABRAS CLAVE:** MIASIS, PARASITOS, MOSCAS, HERIDA.

## **ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PREVIA A LA COLONOSCOPIA**

ANA MÁRMOL MEZQUITA, MARTA ALBA SAYAGO, ANA MARIA ARANDA GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** La colonoscopia es un procedimiento endoscópico que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del colon. Se imprescindible consensuar los conocimientos relacionados con la técnica de colonoscopia por parte del personal de enfermería, para poder ofrecer al paciente una información adecuada, sobre las pautas de preparación del procedimiento, ya que una limpieza optima del colon será fundamental en el existo de la misma, así como dar a conocer los posibles signos y síntomas que pueden aparecer tras su realización, lo que ayudará a disminuir la ansiedad ante la realización de la prueba.

**OBJETIVOS:** Analizar el papel de enfermería en la preparación previa a una colonoscopia.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como: PubMed, Cochrane Plus y Dialnet.

**RESULTADOS:** Para realizar una colonoscopia es necesario que el intestino este bien limpio de restos fecales, lo cual se consigue mediante la preparación del colon por medio de unos laxantes que se toman por vía oral, enemas de evacuación, así como una dieta sin residuos los días previos. Enfermería es personal de referencia en la técnica de colonoscopia ya que participa de forma activa en la preparación de los pacientes, tantos de los hospitalizados como ambulatorios. Mediante la entrevista enfermera antes de la realización de la prueba, la enfermera podrá facilitar las pautas de preparación adecuada del colon, explicando y resolviendo las dudas que puedan surgir, sobre la dieta a seguir, preparación con enemas, seguimiento o abandono de ciertos tratamientos, así como las posibles complicaciones y contraindicaciones de la técnica. Facilitar una correcta información a los pacientes, les ayuda afrontar la técnica con menor ansiedad y una correcta preparación intestinal, lo que contribuye al éxito de la técnica.

**CONCLUSIÓN:** Todo ello contribuye a reducir la repetición de pruebas, aumentar el confort y la seguridad del paciente y reduce el coste sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** COLONOSCOPIA, ENDOSCOPIA, PREPARACIÓN INTESTINAL COLONOSCOPIA, ENFERMERÍA COLONOSCOPIA.

## **OSTEOSARCOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

LAURA PORRAS BRAOJOS, ESTHER ORTIZ MORENO, GEMMA GONZALEZ CAZALILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 15 años con presencia de masa en tercio distal de la tibia izquierda de más de 4 meses de evolución, tratado inicialmente en su C. Salud con antiinflamatorios orales y cremas. Derivado finalmente por su médico de cabecera al no ceder dicha masa y tras observar en una radiografía masa compatible con tumor.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Peso 68kg, Talla 1,75 TA 110/58 mmHg. Dolor al caminar de intensidad leve moderada, presentando claudicación en la marcha, sensibilidad y pulsos conservados. Exploraciones complementarias: Rx: Radiológicamente se observa una lesión ocupante de espacio, radiopaca, perióstica, heterogénea, posterior, en el tercio distal de la diáfisis de la tibia, extendida a la epífisis. No se identifica afectación medular. TAC: lesión de densidad cálcica, heterogénea e irregular con efecto de masa e infiltración a las partes blandas y aparente vascularización. Mide aproximadamente 30 mm longitudinal y 18 mm de espesor • Biopsia: Histológicamente se observan osteoblastos de aspecto maligno dispuestos sobre una matriz constituida mayoritariamente por hueso compacto.

**JUICIO CLÍNICO:** Osteosarcoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admite tres subtipos de osteosarcoma convencional; osteoblástico, condroblástico y fibroblástico. En algunos casos es posible dar diagnósticos erróneos de condrosarcoma o fibrohistiocitoma maligno. Por ello la anatomía patológica es decisiva en estos casos, para poder distinguir según el tipo de células.

**CONCLUSIONES:** El osteosarcoma es uno de los tipos de tumores óseos que destruye el tejido óseo normal y lo debilita. Se origina en las células óseas más inmaduras que generan hueso nuevo (los osteoblastos). Siendo el tipo más común de tumor óseo en niños y adolescentes. La única forma de diagnosticar el osteosarcoma es mediante biopsia y su posibilidad de tratamiento depende de múltiples factores.

**PALABRAS CLAVE:** OSTEOSARCOMA, CÁNCER DE HUESOS, CÁNCER JUVENIL, HUESOS.

## EL ANÁLISIS Y LA TOMA DE MUESTRAS DE VÓMITOS

MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO

**INTRODUCCIÓN:** La ocupación diaria nos obliga a la continua toma de muestras de distintos tipos, este trabajo nos hace reflexionar acerca de la toma de muestras de vómitos, sus tipos, características y si dicha toma de muestras la realizamos de forma correcta.

**OBJETIVOS:** Determinar el procedimiento para el análisis y la toma de muestras de vómito en los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Tras revisión de bibliografía exponemos la composición del vómito, los análisis que pueden llevarse a cabo con ellos y las clases de vómito que podemos encontrar. Se muestra la adecuada obtención de las muestras ya sea en pacientes conscientes y colaboradores como en inconscientes y cuya obtención va a estar realizada por el personal de enfermería, una vez obtenida la muestra las normas a seguir hasta su llegada al laboratorio. Para obtener muestras con fines terapéuticos, asegurar la adecuada recogida del vómito para su posterior análisis. Además de obtener muestras utilizando técnicas y procedimientos adecuados, contribuir en el diagnóstico médico, descartar la existencia de posibles procesos patológicos, comprobar ciertos resultados y prescribir el tratamiento más adecuado. Para la toma de muestras hay unas normas básicas e importantes a seguir de las cuáles obtenemos distintos tipos de vómitos con sus características propias y patologías con la que van asociados, con ellos podemos realizar estudios microbiológicos y determinaciones de tóxicos y/o fármacos.

**CONCLUSIÓN:** El análisis del vómito sirve para el diagnóstico de determinadas alteraciones de las funciones del aparato digestivo, existencia de hemorragias, existencia de infecciones y otro tipo de patologías. Se analiza para detectar elementos anómalos, como sangre, microorganismos, tóxicos, etc. Aunque pocas veces se analiza excepto cuando se busca si contiene sangre. Lo que se suele analizar son las muestras de contenido gástrico extraídas mediante gastroscopia, para medir la concentración de ácido clorhídrico o buscar microorganismos o tóxicos.

**PALABRAS CLAVE:** VÓMITO, DIAGNÓSTICO, MUESTRA, VÓMITO EN ESCOPETAZO, VÓMITO EN POSOS DE CAFÉ.

## DESCRIPCIÓN DEL ALELO HLA-DQB1 02:02:01:02 EN UN PACIENTE

ANA ISABEL ALGAR ROMERO, MARIA JOSE RUIZ PEREZ, YOLANDA DURO OLIVAS

**INTRODUCCIÓN:** En el laboratorio se realizó el tipaje HLA de un paciente en el contexto diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). En nuestra población, el desequilibrio de ligamento para el alelo HLA-DRB1\*07 es el alelo DQB1\*02:02, pero el paciente presentaba un patrón inusual DRB1\*07- DQB1\*02:01.

**OBJETIVOS:** Determinar la secuencia exacta del alelo HLA-DQB1\*02 del paciente con el fin de caracterizar el patrón poco común de desequilibrio de ligamento.

**METODOLOGÍA:** El ADN fue extraído a partir de sangre total siguiendo métodos estándar e inicialmente se realizó una PCR a tiempo real para el diagnóstico de DM1. Después se determinó el tipaje HLA utilizando tecnología Luminex para la baja resolución y SBT para conseguir un tipaje de alta resolución. Para ello, se diseñó un par de primers específicos para la amplificación del locus HLA-DQB1\*02 y para su posterior secuenciación se utilizó el Kit-Big-Dye y el secuenciador ABI3730xl.

**RESULTADOS:** La secuencia obtenida tiene idéntica secuencia exónica que DQB1\*02:02:01:01. En cuanto a las regiones no codificantes, comparte con DQB1\*02:01:01 la misma secuencia desde el 5' UTR al intrón 2, mientras en el intrón 5 corresponden a la secuencia del alelo DQB1\*02:02:01:01. El resto de la región no codificante no seguía un patrón específico, aunque algunas secuencias estaban presentes en los alelos DQB1\*05, \*06 o \*03.

**CONCLUSIÓN:** Se ha conseguido describir un nuevo alelo de HLA-DQB1\*02. A pesar de que la secuencia exónica es idéntica a DQB1\*02:02:01:01, la secuencia intrónica parece provenir de la combinación del último y DQB1\*02:01:01.

**PALABRAS CLAVE:** ALELO, HLA, DQB1, PACIENTE.

## LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EL LABORATORIO

IVAN SALVADOR CORDERO JARAMILLO, JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ NAVARRETE, ANA ROCIO DOMINGUEZ MARTIN

**INTRODUCCIÓN:** El lupus se define como una enfermedad autoinmune, por lo que es el propio sistema inmunitario el que ataca los tejidos sanos y las células por error, siendo lupus eritematoso sistémico el de mayor frecuencia, pudiendo ser leve o grave y afectar a distintas partes del cuerpo, tales como inflamación en la piel, riñones, pulmones, el sistema nervioso y otros órganos. El objetivo del tratamiento ante un paciente diagnosticado con lupus es conseguir un control de la enfermedad con la menor morbilidad producido por los efectos tóxicos de la medicación. En función de las manifestaciones clínicas de cada paciente se actuará de una u otra forma con el especialista que corresponda la afectación.

**OBJETIVOS:** Analizar cómo llevar a cabo el diagnóstico del LES en el laboratorio.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una extracción de sangre mediante punción venosa en el brazo al paciente con sospecha de LES. Se extrae un tubo de bioquímica del que se obtiene suero sobrenadante al centrifugar a 3500 rpm durante 10 minutos y que posteriormente se utilizara para las distintas técnicas necesarias para determinar la enfermedad.

**RESULTADOS:** El estudio de LES en el laboratorio ayuda a establecer el diagnóstico. Casi todas las personas con lupus tiene una prueba positiva de antinucleares (ANA). Existen resultados analíticos que hacen indicar la existencia de la enfermedad, tales como: Trastorno hematológicos; anemia hemolítica, leucopenia (< de 4000/mm<sup>3</sup>), linfopenia (< de 1500/mm<sup>3</sup>, trombocitopenia (< de 100.000/Mm<sup>3</sup>). Trastorno inmunitario con resultado positivo en pruebas tales como; anti DNA, anti SM, anti RNP, anti Ro, anti La y anticuerpos antifosfolípidos basados en ac. Anticardiolipinas IgG o IgM positivo y anticoagulante lúpico positivo. Trastorno renal; Proteinuria (> 0.5G /día), presencia de cilindros celulares.

**CONCLUSIÓN:** El lupus eritematoso (LES) es una enfermedad autoinmune, no existiendo cura para ella. El objetivo del tratamiento es el control de la enfermedad. Cuando existen síntomas graves que afectan al corazón, pulmones, riñones y otros órganos necesitan tratamiento de especialistas.

**PALABRAS CLAVE:** LUPUS, ERITEMATOSO, LABORATORIO, SISTÉMICO.

## **COMPARACIÓN DE TÉCNICAS SEROLÓGICAS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS IMPORTADA EN ESPAÑA**

CRISTINA GUTIERREZ HERNANDEZ, MARÍA BÁRBARA GÓMEZ PEÑA, ENCARNACIÓN MARÍA APARICIO AYLÓN

**INTRODUCCIÓN:** Trypanosoma cruzi (Chagas) en España es considerada una grave enfermedad parasitaria traída del extranjero debido al aumento de población inmigrante que vienen de países en vía de desarrollo en la que esta enfermedad es común.

**OBJETIVOS:** Comparar técnicas de determinación de anticuerpos anti-chagas. Evaluación de la reactividad cruzada frente a otras enfermedades relacionadas. Valoración de el enzimoimmunoanálisis (ELISA)-rk39 y la inmunofluorescencia indirecta (IFI)-Leishmania para el diagnóstico diferencial de la leishmaniasis.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda sistemática en Internet con los descriptores "chagas" "parasitología" " laboratorio" con un resultado de 1480 artículos eligiendo a mi elección del de más interés.

**RESULTADOS:** Se utilizan sueros que vienen de distintas regiones y con algunas pruebas los resultados fueron : La ELISA y la IFI resultaron tener una sensibilidad de entre el 97-100%. Por el contrato las inmunocromatográficas presentaron una sensibilidad del 92-96%.

**CONCLUSIÓN:** Viendo los diferentes resultados de la sensibilidad de las técnicas de ELISA, que son superiores con respecto al resto de las pruebas, por lo que concluyo que estas técnicas serían las más adecuadas para utilizar el cribado serológico en caso de sospecha por la infección por T. Cruzi. En caso de que diese el cribado positivo utilizaría como complemento para dar la confirmación final con la ayuda de otras técnicas.

**PALABRAS CLAVE:** CHAGAS, ESPAÑA, PRUEBAS, ENFERMEDAD, TÉCNICAS, PARISOTOLOGÍA.

## LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CRAVING EN LA HOSPITALIZACION

EVA MARIA ZAMORANO PIZARRO, MARÍA SUSANA CARRANZA JIMENEZ, MARIA HERRERA MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 41 años que ingresa en la unidad de neumología por neumonía aguda. Tras 12 horas desde su ingreso comienza a decir que tiene ansiedad e insomnio, situación que queda controlada con la administración oral de un lorazepan de 1grm. Al cabo de 3 horas la paciente refiere diaforesis intensa, náuseas y se encuentra muy agitada y agresiva verbalmente. El personal de planta intenta tranquilizarla y contenerla sin éxito. La paciente agrede a la auxiliar de enfermería, se auto retira la vía venosa periférica y huye de la planta. Inmediatamente se avisa a seguridad quienes la localizan en las escaleras donde la interceptan colocándole contención mecánica. Es trasladada al servicio de urgencias donde se la seda con neurolepticos. Destaca la Hepatitis C , portadora de VIH y la adicción a opiáceos y alcohol como principales antecedentes médicos. Perteneciente al colectivo de exclusión social, desempleada, vive con sus padres y un hijo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Constantes: TA 152/88mmHg, FC119 lpm T° Axilar 37,2° C, SO2 93%, FR 20rpm. Presenta diaforesis intensa y generalizada, midriasis bilateral y palidez en piel y mucosas. Se encuentra desorientada, confusa y agitada. No presenta alteraciones mecánicas.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de abstinencia a sustancias. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica pone de manifiesto un claro síndrome de abstinencia con síntomas iniciales y tardíos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ingreso con medicación adecuada y derivación a médico de cabecera y recomendación de seguimiento por servicios sociales.

**CONCLUSIONES:** Es muy necesario e importante realizar una valoración holística de los pacientes que entran por urgencias, yendo mas allá de la patología inicial por la que demandan asistencia sanitaria. Una buena lectura de la historia clínica y un tratamiento sustitutivo podría haber evitado casi seguro una situación desafortunada.

**PALABRAS CLAVE:** PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, PERSONAL EN RIESGO, HISTORIA CLÍNICA, EXCLUSIÓN SOCIAL.

## **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PATOLOGÍA DEL HOMBRO**

MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO

**INTRODUCCIÓN:** Con este trabajo queremos mostrar una relación de los procedimientos diagnósticos de uso más frecuente en la articulación del hombro en el ámbito de la traumatología y la ortopedia y recoger del modo más fiel posible las maniobras más comunes y utilizadas a la hora de hacer un diagnóstico diferencial en la consulta.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía acerca de las pruebas diagnósticas en patología de hombro.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Ninguna prueba constituye un elemento de diagnóstico definitivo, pero sí un factor más de valoración que junto con la anamnesis, la clínica y la exploración debe permitir establecer un correcto diagnóstico. En la práctica diaria el diagnóstico de una lesión requiere entre otras exploraciones y pruebas, técnicas de exploración que le sirvan al profesional para conocer las causas que producen la lesión o patología. Para ello, el profesional dispone de toda una serie de maniobras a realizar que le ayudan y dirigen con su diagnóstico. Analizamos nueve de esas maniobras que nos ayudarán al diagnóstico de la patología del hombro: cajón anterior, cajón posterior, Neer, Yocum, Jobe, Gerber, Patte, Yegarson y Hawkins- Kennedy, mostrando sus objetivos, la forma de realizarlas y las circunstancias en las que el hallazgo obtenido se considera positivo.

**CONCLUSIÓN:** Es de suma importancia la necesidad de explorar correctamente al paciente y establecer un correcto diagnóstico, para lo cual no es suficiente la exclusiva exploración física, es necesario la aportación de pruebas complementarias para otorgarle carácter definitivo o concluyente y que en muchos casos indican al terapeuta la necesidad de derivar al paciente a otro especialista

**PALABRAS CLAVE:** HOMBRO, HOMBRO DOLOROSO, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

## LEISHMANIOSIS HUMANAS: LEISHMANIOSIS AUTÓCTONA POR LEISHMANIA INFANTUM

MARTA MILLAN GARCIA, MARÍA GRACIA MUELA GONZÁLEZ

**INTRODUCCIÓN:** Leishmaniosis se conoce como un conjunto de manifestaciones clínicas producidas por especies del género *Leishmania*. Sus formas clínicas pueden ser: cutánea (localizada o difusa), mucocutánea y visceral. Su distribución geográfica está limitada por la distribución de los flebotominos, la susceptibilidad de éstos a los climas fríos, su tendencia a ingerir sangre del hombre o de los animales y por su capacidad de soportar el desarrollo interno de las especies de leishmania. Se calcula una prevalencia mundial de 12 millones de casos.

**OBJETIVOS:** En España los casos de leishmaniosis declarados son en su mayoría viscerales, la mayor parte en enfermos infectados por VIH.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** En la actualidad, se utilizan criterios biológicos, inmunológicos, bioquímicos y moleculares, cabiendo destacar como método de referencia la electroforesis de isoenzimas. Tras tinción de los frotis con el colorante Giemsa puede procederse a la observación de las formas amastigotes. El cultivo de las leishmanias es una técnica auxiliar para el diagnóstico directo, ya que permite el aislamiento del parásito y facilita su detección. Tras confirmación parasitológica, los derivados antimoniales pentavalentes y antimoniato de meglumina son la primera línea de fármacos en el tratamiento de las leishmaniosis y se caracterizan por ser efectivos frente a las distintas formas clínicas.

**CONCLUSIÓN:** El examen microscópico del frotis, teñido por el colorante Giemsa permite observar estructuras de cuerpo oval, intra e extramacrofágicas. El citoplasma se tiñe de color azulado, y en su interior, se observan un núcleo voluminoso excéntrico y una estructura de aspecto bacilar próxima al núcleo que corresponde a las formas amastigota de *Leishmania*. Una intradermoreacción positiva después de finalizar el tratamiento sería un resultado de buen pronóstico para el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** LEISHMANIA, INTRADERMOREACCIÓN, GIEMSA, AMASTIGOTE.

## EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA ÚLCERA VASCULAR

JEANETTE PRIETO MOLINA, MANUELA PIZARRO CASTELLANO, ANA MARIA GARCIA CRESPO

**INTRODUCCIÓN:** Anciana con antecedentes de hipertensión arterial, presentando una herida en la parte supramaleolar interna de la pierna izquierda.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente sobre: La evolución de la úlcera vascular; Recuperación de la úlcera vascular.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado: úlcera arterial, enfermería vendaje, caso clínico y brazo 1.

**RESULTADOS:** Comenzamos con una pauta de cura con aplicación tópica de plata por signos de contaminación, retirada de recelos del lecho de la herida y gestión del exudado para evitar maceración de los bordes. Colocando vendaje compresivo multicapa. La mujer tolera el vendaje y la herida evoluciona correctamente tanto el lecho de la misma como el resto de la pierna. A los 2 meses la herida está cerrada y recomendamos el uso de medias de compresión en ambas piernas para prevenir recidivas.

**CONCLUSIÓN:** La paciente tras los dos meses de recuperación, presenta la herida cerrada y aun que este bien, debe prevenir que se abra de nuevo.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERA ARTERIAL, ENFERMERÍA VENDAJE, CASO CLÍNICO, BRAZO 1.

## **RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO: EL ESTRÉS**

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para reducir el nivel de estrés del personal sanitario, utilizando para ello terapias que les puedan ayudar a enfrentarse a situaciones difíciles en su entorno laboral.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas relacionadas con el estrés, en la última década. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano). Se revisaron 56 referencias encontradas con minuciosidad de las cuáles se escogieron 19.

**RESULTADOS:** Dada la importancia y la magnitud de la afectación del personal sanitario en los estudios realizados, se ha considerado tratar esta patología derivada del estrés en un apartado distinto, teniendo en cuenta que los estresores a los que se enfrentan en la jornada laboral, provocan una respuesta de estrés que pueden desarrollar la enfermedad, habiéndose generado una nueva enfermedad del personal sanitario. Se cree que estamos ante un problema emergente y sería necesario tomar tanto medidas preventivas, a nivel organizativo, como de intervención periódica con el personal sanitario de forma sistemática en los exámenes de salud.

**CONCLUSIÓN:** El estrés laboral en el personal sanitario además de producir consecuencias importantes en el estado de salud de estos profesionales afectará directa o indirectamente a la propia organización, al funcionamiento de los centros y servicios sanitarios y finalmente repercutirá en la asistencia a los pacientes derivada de la calidad de atención en los cuidados proporcionados. Para ello es muy importante tomar medidas adecuadas para que el personal sanitario sea capaz de controlar ese estrés y reducirlo por su propio bien y por el bien de los pacientes a los cuales asisten.

**PALABRAS CLAVE:** ESTRÉS, ANSIEDAD, SÍNDROME DEL QUEMADO, DEPRESIÓN, NERVIOSISMO, SÍNDROME DE BURNOUT.

## MIELOMA MÚLTIPLE: TÉCNICAS EN LA LOCALIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** El mieloma múltiple es un tumor derivado de las células plasmáticas, un tipo de células sanguíneas situadas en la médula ósea que se encargan de producir anticuerpos. En esta enfermedad las células plasmáticas sufren un proceso de transformación anómalo que aumenta su capacidad de proliferación e invasión, lo que puede provocar su diseminación, principalmente a los huesos.

**OBJETIVOS:** El objetivo principal es analizar el método de diagnóstico precoz del mieloma múltiple, así como determinar el grado de afectación y poner el tratamiento adecuado.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas relacionadas con el mieloma múltiple, en la última década. Los buscadores utilizados fueron Google y Google académico. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano). Se revisaron 56 referencias encontradas con minuciosidad de las cuáles se escogieron 21.

**RESULTADOS:** Para el diagnóstico del mieloma múltiple se realizan pruebas de laboratorio, radiologías y biopsias. Entre las que se encuentran; Recuentos sanguíneos. Inmunoglobulinas cuantitativas. Electroforesis. Pruebas bioquímicas. Biopsia de médula ósea. -Radiografías de los huesos. Tomografía Computarizada. Resonancia Magnética. PET.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión en el caso del mieloma múltiple es de vital importancia la localización y el diagnóstico precoz para determinar así el tratamiento adecuado y evitar el padecimiento del paciente. Este tipo de cáncer es considerado como raro y los pacientes que la padecen tienden, además de sufrir los síntomas característicos del cáncer, a padecer dolores fuertes en los huesos, por ello un buen diagnóstico y su localización podrán con un tratamiento adecuado reducir estos síntomas y mejorar la calidad del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** CÁNCER EN LOS HUESOS, OSTEITIS SARCOMATOSA, MIELOMA DE CÉLULAS PLASMATICAS, SÍNDROME DE PLASTOCITOMA ÓSEO MULTIPLE, ENFERMEDAD DE BENCE JONES.

## TÉCNICAS DE LOCALIZACIÓN DE TUMORES: LA LEUCEMIA

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** La leucemia es un tipo de cáncer de la sangre que comienza en la médula ósea, donde se forman las células sanguíneas. La leucemia lleva a un aumento incontrolable de la cantidad de glóbulos blancos.

**OBJETIVOS:** Identificar los aspectos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas relacionadas con la leucemia, en la última década. Los buscadores utilizados fueron Google y Google académico. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano). Se revisaron 33 referencias encontradas con minuciosidad de las cuáles se escogieron 12.

**RESULTADOS:** Para el diagnóstico de esta enfermedad, se pueden utilizar las siguientes pruebas para verificar el estado y grado de afectación: Recuento sanguíneo completo. Bioquímica Hemática. Frotis de sangre periférica. Aspiración y biopsia de la médula ósea. Análisis citogenético. Prueba de la polimerasa de reacción en cadena de la transcriptasa inversa (RCP-TI). Las pruebas radiológicas se realizan con la finalidad de ayudar a determinar el grado de la enfermedad y se pueden realizar las siguientes. Tomografía computarizada. Resonancia magnética. PET.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión destacar la importancia, como en cualquier enfermedad, el diagnóstico precoz de la leucemia y determinar el tipo que padece el paciente, en función del tipo y el grado en que se encuentre la leucemia se optará por un tipo de u otro de tratamiento. Para el diagnóstico de la leucemia se tienen muchas pruebas tanto en el área de laboratorio como en el área radiológica pudiendo así detectarla y poder tratarla adecuadamente con los medios que se disponen.

**PALABRAS CLAVE:** CÁNCER EN LA SANGRE, LEUCEMIA, LINFÓTICA, MIELÓGENA, CÉLULAS PILOSAS, CRÓNICA.

## DIAGNÓSTICO, SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

MARIA DEL CARMEN GONZALEZ MUÑOZ, MARIA DEL ROCIO COLETO MUÑOZ, MANUEL JESUS ESPEJO MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Se trata de una enfermedad que se origina en el momento que el denominado esfínter esofágico se encuentra en estado de relajación transitoria, provocando que el contenido estomacal sea regresado desde el estómago hacia el esófago, provocando de esa forma irritación en la mucosa del esófago, gastritis entre otras afecciones características de esta enfermedad, lo que dificulta en muchos casos el proceso de la alimentación.

**OBJETIVOS:** Determinar los síntomas y el tratamiento para los pacientes con reflujo gastroesofágico.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas relacionadas con el estrés, en la última década. Los buscadores utilizados fueron Google y Google académico. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano). Se revisaron 31 referencias encontradas con minuciosidad de las cuáles se escogieron 10.

**RESULTADOS:** Se puede estudiar el reflujo mediante distintas pruebas diagnósticas como la gastroscopia, manometría esofágica, radiografías con contraste y la PH-metría de 24 horas. Una vez realizado el diagnóstico del reflujo gastroesofágico, se decide por el tratamiento más adecuado para cada caso. El tratamiento farmacológico dependerá de los síntomas del paciente, especialmente su frecuencia y severidad. La cirugía estará indicada en aquellos casos en los que existan complicaciones graves derivadas del reflujo o haya necesidad de altas dosis de fármacos para lograr controlar los síntomas. El objetivo principal es el diagnóstico de la enfermedad y aplicar un tratamiento adecuado con el fin de reducir las inflamaciones producidas por los ácidos y complicaciones que de ellas se deriven.

**CONCLUSIÓN:** El reflujo gastroesofágico es una enfermedad que afecta cada vez más a la población, debido en su mayor parte a la dieta y hábitos no saludables, como el alcohol y el tabaco, son más propensas a padecer esta enfermedad. Como tratamiento solo se encuentra la farmacología para poder paliar sus síntomas o la cirugía en casos donde la farmacología no consigue paliarlos.

**PALABRAS CLAVE:** REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ACIDEZ GÁSTRICA, GASTRITIS, PIROSIS, ESFÍNTER ESOFÁGICO INTERIOR.

## **ICTUS: ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS**

NATIVIDAD TERESA DIAZ MORENO, MARÍA DEL VALLE MONTILLA PALMA, ISABEL BERZOSA SOLER

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad cerebro vascular (ECV) o ICTUS es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente y constituye la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad en nuestro país. El primer abordaje de los pacientes con ICTUS agudo a nivel intrahospitalario se da por el equipo de Enfermería, los cuales juegan un papel fundamental en el control y seguimiento de estos pacientes.

**OBJETIVOS:** El objetivo es determinar medidas para implantar un protocolo de enfermería para aplicar a pacientes que llegan a urgencias con diagnóstico de ictus, detectando los signos y síntomas de inestabilidad fisiológica y proporcionar una asistencia adecuada.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos en plataformas de búsqueda como Medline y el buscador de Google académico. También se han revisado diversos protocolos de actuación de diferentes hospitales para hacer una comparativa.

**RESULTADOS:** La Enfermería desempeña un papel fundamental en el Código Ictus, tanto en su activación en el área de tiraje como en la atención, seguimiento y cuidados del paciente. Por ello es primordial formar específicamente al personal de Enfermería que trabaja en las urgencias hospitalarias en este tipo de emergencia, para que actúen de forma específica para resolver las necesidades de salud identificadas.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante conocer de manera correcta los signos y síntomas del ictus y así poner en práctica de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.

**PALABRAS CLAVE:** ICTUS CEREBRAL, PROTOCOLO, URGENCIAS, ENFERMERIA.

## EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

ANABEL PADILLA NIEVES, MARIA DE LOS ANGELES DEL PINO NIETO, MARIA ANGELES MARTINEZ GOMEZ

**INTRODUCCIÓN:** Se denominan úlceras por presión a las lesiones en la piel y / o en el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión o presión en combinación con cortante y / o fricción.

**OBJETIVOS:** Determinar la validación del contenido del nuevo diagnóstico de enfermería denominado riesgo de úlcera por presión.

**METODOLOGÍA:** Se trata de una validación de contenido, con muestra compuesta por 24 enfermeros especialistas en el cuidado de la piel. La recolección de datos se realizó por medio electrónico.

**RESULTADOS:** Los factores analizados fueron: inmovilidad, presión, fricción, cizallamiento, humedad, sensaciones perjudicadas y desnutrición. Entre los demás factores de riesgo, once fueron validados como "importante": deshidratación, obesidad, anemia, bajo nivel de albumina sérica, prematuridad, envejecimiento, tabaquismo, edema, circulación perjudicada, disminución de la oxigenación y perfusión tisular. El factor de riesgo hipertermia fue descartado.

**CONCLUSIÓN:** La validación de contenido, de esos componentes del diagnóstico de enfermería, confirmó la importancia de los mismos, lo que puede facilitar el raciocinio clínico del enfermero, orientando la práctica clínica en el cuidado preventivo de la úlcera por presión. El personal de enfermería debe estar muy cualificado para la prevención y manejo de las UPP ya que es un problema de salud muy importante que afecta a la calidad de vida de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** ULCERAS POR PRESION, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO, SALUD.

## ESTUDIO SOBRE LAS TROPONINAS POSITIVAS EN UN ÁREA SANITARIA

SHEILA DIEGO GONZALEZ, LARA VERDEJO RODRIGUEZ, CAROLINA CARNEIRO MARTINEZ, CRISTINA GALLO GONZÁLEZ, MÓNICA PÉREZ FERNANDEZ

**INTRODUCCIÓN:** La troponina es el complejo proteínico regulador de la función contráctil del músculo estriado. Está formada por tres componentes distintos: la troponina C, la troponina I y la troponina T. La troponina cardíaca I (cTnI) se libera en sangre en cuestión de horas desde la aparición de los síntomas del infarto de miocardio y permanece en niveles elevados durante varios días. Alcanza límites anómalos entre las 4 y 8 horas después del inicio del dolor de pecho, niveles máximos entre las 12 y 16 horas y se mantiene en niveles elevados entre 5 y 9 días. Los niveles de cTnI proporcionan una determinación sensible y específica de la lesión de miocardio durante un periodo de diagnóstico amplio. Se han observado aumentos de los niveles cTnI en un espectro de síndromes coronarios agudos. Debido a la alta especificidad y sensibilidad de la troponina, el comité de conjunto de la European Society of Cardiology y del American College of Cardiology ha calificado la troponina como el marcador bioquímico preferido para el daño del miocardio.

**OBJETIVOS:** Determinar las troponinas que se procesan en un año en un servicio de Urgencias obteniendo la prevalencia de las que son positivas.

**METODOLOGÍA:** Obtenemos los datos del programa informático Omega 3000 (Roche). La prueba es de diagnóstico in vitro con plasma heparinizado en Stratus CS (Siemens).

**RESULTADOS:** En un año se realizaron 7513 determinaciones de cTnI de las cuales 1275 fueron positivas (16,97%). Las determinaciones positivas en un año son: Enero: 165 (21,29%) Febrero: 115 (18,85%) Marzo: 88 (14,23%) Abril: 98 (15,96%) Mayo: 77 (13,94%) Junio: 94 (17,53%) Julio: 84 (16,12%) Agosto: 68 (12,29%) Septiembre: 102 (17,49%) Octubre: 110 (17,32%) Noviembre: 116 (16,38%) Diciembre: 158 (19,55%).

**CONCLUSIÓN:** Los meses de Enero y Diciembre son los que tienen más porcentaje de cTnI elevadas.

**PALABRAS CLAVE:** TROPONINA, MIOCARDIO, CTNI, SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

## NECESIDAD DE VALORACIÓN ENFERMERA ANTE EL DOLOR DEL PACIENTE CRÍTICO

NEREA MARQUEZ DELGADO, CRISTINA SANTIAGO JAÉN, BEATRIZ RUBIO RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** El dolor es multidimensional, requiere una valoración completa que permita obtener datos objetivos y subjetivos sobre las respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales al mismo. Con frecuencia, en las unidades la valoración del dolor es unidimensional, se valora basándose en respuestas fisiológicas, olvidando que el dolor es subjetivo, por eso debe atenderse necesariamente al informe del paciente cuando este puede verbalizarlo, pero no es así cuando el paciente se encuentra en la unidad de cuidado intensivo y se le dificulta verbalizar el grado de dolor.

**OBJETIVOS:** Analizar la necesidad de una valoración enfermera ante el dolor en pacientes críticos.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda bibliográfica con descriptores DeCS y estrategia de búsqueda: “Pain management” AND “critical care” AND nursing. Realizada en las bases de datos PUBMED y WOS. Los criterios de selección fueron artículos en español o inglés, entre 2000 y 2018, se excluyen estudios realizados en UCI pediátricas o neonatales.

**RESULTADOS:** Se ha demostrado que el empleo sistemático de una herramienta visual ayuda al paciente y al profesional a identificar con mayor precisión la intensidad del dolor. La evaluación del dolor para los pacientes no verbales en cuidado crítico continúa siendo un reto para los clínicos y los investigadores; y el manejo del dolor sigue siendo inadecuado en muchas ocasiones. Los profesionales de enfermería utilizan en menor medida las herramientas de evaluación del dolor para los pacientes incapaces de comunicarse que para los pacientes capaces de auto-informe. Sin embargo, valoran la importancia de evaluar el dolor en estos pacientes aunque califican más importantes las herramientas de auto-informe para ello.

**CONCLUSIÓN:** Se demuestra que es necesario que enfermería busque alternativas de comunicación y observe con atención los signos no verbales para valorar la presencia o intensidad del dolor. Dado que los enfermeros no pueden basarse en conductas previsibles ante el dolor, deben recurrir a otras fuentes de evaluación.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, PACIENTES CRÍTICOS, ENFERMERÍA, VALORACIÓN.

## DIAGNÓSTICO DE CRIOMIOGLOBULINEMIA POR VIRUS DE HEPATITIS C

LAURA ASENSIO BORREGO, MARIA LUISA JORDANO ALMOGUERA, ROCÍO RODRÍGUEZ LÓPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de años presenta dolor intenso y artralgias en ambas manos tras introducirlas en agua fría, con cianosis distal progresiva de dedos, con necrosis seca en 2º-3º dedo mano derecha. Movilidad conservada con déficit sensitivo distal. Pulsos radiales presentes y simétricos. No cuadro similar previo. No fumadora. No lesiones cutáneas o artralgias a otro nivel. MMII sin hallazgos relevantes. No toma de anticoagulantes orales o nueva medicación, Resto de exploración por aparatos normal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Toma de constantes: T, A: 150/89 mmHg; FC: 89lpm; PULSIOXIMETRÍA: comprometida en dedos índice, corazón y anular de ambas manos. Analítica completa con hemograma, bioquímica, estudio de coagulación (dentro de la N, salvo leucocitosis ligera). Reactantes de fase aguda: PCR 4,5; VSG 22. Serología sífilis y hepatitis virales (Sífilis negativo, VHC +). Ecocardiografía transtorácica normal (no signos de endocarditis o proceso neoplásico). Biopsia cutánea. Determinación Autoanticuerpos y crioglobulinas (Autoinmunidad negativa. Crioglobulinas tipo II positivas).

**JUICIO CLÍNICO:** Crioglobulinemia por VHC. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Embolismo (colesterol, tumor cardíaco (mixoma auricular), endocarditis infecciosa). Trombosis (Síndrome antifosfolípido, Púrpura trombótica trombocitopénica. Coagulación intravascular diseminada, necrosis por anticoagulantes). Vasoconstricción (acrocianosis, perniosis, Lupus, fármacos). Proceso inflamatorio (Sífilis, Enf Behçet, Tromboangeítis obliterante). Calcifilaxis, Alteración de la coagulación (hiperviscosidad, Crioglobulinemia, Síndrome mieloproliferativo, criofibrinogenemia, aglutininas por frío).

**PLAN DE CUIDADOS:** Criofibrinogenemia, aglutininas por frío. Reposo. Mantener temperatura adecuada manos. Ayuno preventivo por posible intervención quirúrgica. Control de la ansiedad. Control del dolor.

**CONCLUSIONES:** Se contactó con el servicio de Cirugía Vasculard para valoración del cuadro, pendiente de intervención quirúrgica hasta delimitación de la necrosis. Proceso poco frecuente, secundario frecuentemente a procesos infecciosos (VHC) y enfermedades autoinmunes o linfoproliferativas. Recurrencias frecuentes.

**PALABRAS CLAVE:** CRIOMICROGLOBULINA, CIANOSIS, HEPATITIS, DEDOS.

## **ESTUDIO DE URGENCIAS EN UNA PACIENTE CON HIPERCALCEMIA**

JUAN HUESO MARTINEZ, SILVIA AGUILAR ZAYAS, BEATRIZ RODRIGUEZ MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 85 años que es traída a urgencia por la familia por disminución del estado de consciencia con somnolencia y apatía, refiriendo dificultad para alimentación oral.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente somnolienta que responde a estímulos verbales. Desorientada en tiempo, no rigidez de nuca, auscultación cardíaca rítmica sin soplos, abdomen blando depresible sin megalias ni puntos dolorosos, no edemas. Glasgow 12/15. Fuerza y sensibilidad disminuida, coordinación buena y equilibrio disminuido. No signos meníngeos. Pruebas complementarias: Analítica: demuestra una leucocitosis sin foco. TAC: signos de atrofia cortico-subcortical. Infartos lacunares crónicos en ganglios basales. Cambios hipodensos bilaterales en sustancia blanca periventricular y subcortical en probable relación con leucoaraiosis o patología isquémica de pequeño vaso. No se observa efecto masa ni sangrados intra o extra parenquimatosos. No desviación de la línea media. Incidentalmente en calota craneana frontal derecha se aprecia una lesión lítica geográfica con adelgazamiento cortical de características indeterminadas.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipercalcemia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hiperparatiroidismo Neoplasia maligna.

**CONCLUSIONES:** Hipercalcemia es el aumento de la cifra corregida de calcio sérico, por encima del valor máximo normal y que en la mayoría de laboratorios lo constituye el valor de 10,5 mg/dl. Esto puede provocar debilidad los huesos, formar cálculos renales e interferir en el funcionamiento del corazón y el cerebro. •Cerebro. La hipercalcemia puede interferir en la forma en que funciona el cerebro, lo cual provoca desorientación, letargo y fatiga. También puede causar depresión.

**PALABRAS CLAVE:** CONSCIENCIA, HIPERCALCEMIA, TAC, CEREBRO.

## PACIENTE CON FIBROMIALGIA Y DOLOR ABDOMINAL

SONIA FERNANDEZ ORTEGA, ELISA AMOR MAZÓN OUVIÑA, MARIA JESUS RODRIGUEZ LOPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 42 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes médicos de fibromialgia, intervenida de dos cesáreas. Consulta refiriendo dolor en hipocondrio izquierdo, acompañado de sensación de malestar general un mes de evolución. Sin otra sintomatología acompañante.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** BEG. Auscultación cardio-pulmonar anodinas. Abdomen: doloroso a la palpación profunda de hipocondrio izquierdo, sin otros hallazgos. No adenopatías. Ecografía abdominal: lesiones ocupantes de espacio (LOEs) esplénicas sugestivas de linfoma. Se deriva a Medicina Interna, solicitándose Tac abdominal que describe múltiples LOEs esplénicas sin esplenomegalia junto a lesiones blásticas a nivel de pelvis ósea y cuerpos vertebrales de L2,L4 y L5; todo ellos compatible con linfoma esplénico sin descartar metástasis de melanoma. Ante la sospecha de melanoma se solicita Tac torácico informado como normal. Se deriva a Hematología, donde realizan aspirado de médula ósea que resulta normal y se deriva a Cirugía General para realizar esplenectomía laparoscópica.

**JUICIO CLÍNICO:** Transformación nodular angiomatoide esclerosante del bazo (SANT).

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Linfoma; metástasis; hamartoma esplénico; hemangioma; hemangioendotelioma.

**CONCLUSIONES:** Lesión vascular no neoplásica de comportamiento benigno. Evolución favorable, con posteriores ecografías normales. Resonancia Magnética para reevaluación de lesiones lumbares, describiéndose como focos escleróticos inespecíficos. La SANT es una lesión benigna poco frecuente, de patogénesis desconocida, cuyo hallazgo suele ser incidental. Su diagnóstico debe ser histopatológico ya que no existen criterios radiológicos definitivos que la definan. Ha sido reconocido como lesión vascular no neoplásica de evolución benigna localizada en pulpa roja y secundaria a una exagerada proliferación estromal.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR ABDOMINAL, FIBROMIALGIA, BAZO, CIRUGÍA.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPOTIROIDISMO

ALBERTO RAMOS GONZÁLEZ, ISIDORO RAMIREZ CABELLO, FRANCISCA MORENO MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 21 años que acude a su médico de Atención Primaria debido a que refiere pérdida de cabello, aumento de peso ( $\approx 6$  kg) y estreñimiento. No presenta alergias ni a medicamentos ni a alimentos. Sin antecedentes personales de interés. Consumidora de tabaco (2 o 3 cigarros al día) y toma pastillas anticonceptivas desde hace cuatro meses. Antecedentes familiares: Su madre y abuela materna tienen hipotiroidismo y el abuelo paterno falleció hace dos años de cáncer de pulmón. Resto sin interés clínico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tensión arterial 143/76 mmHg, temperatura  $35^{\circ}4^{\circ}\text{C}$ , Saturación de Oxígeno 97%, piel pálida, bradicardia, etc. Se realiza exploración del cuello y se observa aumento de la glándula tiroidea. Se realiza analítica sanguínea y electrocardiograma. En la analítica se observa una disminución de la T4 sérica y un aumento de TSH sérica.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipotiroidismo primario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Anemia.

**CONCLUSIONES:** Una vez diagnosticada de hipotiroidismo, se debe llevar a cabo un tratamiento farmacológico con Levotiroxina (hormona T4), así como realizar analíticas de control por si hay que ajustar la dosis. También se le informa a la paciente de que si queda embarazada, debe acudir a su médico de cabecera para llevar controles de la TSH porque puede ser necesario un aumento de la dosis de Levotiroxina.

**PALABRAS CLAVE:** DIAGNÓSTICO, CASO CLÍNICO, HIPOTIROIDISMO, VALORACIÓN.

## LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAVIER SORIANO LOSADA, MERCEDES EUGENIA TORRES CORNELLO, DOLORES INFANTE GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** La comunicación es fundamental en toda relación social, gracias a ella podemos interaccionar con otras personas, dentro del ámbito sanitario es deficiente, ya que no hacemos uso de todos los recursos que tenemos a nuestra disposición. Una de ellas es la comunicación no verbal (CNV) cuando sin hacer uso de palabras podemos comunicarnos y relacionarnos satisfactoriamente con el paciente. Los profesionales de enfermería debemos desarrollar y poner en práctica habilidades en CNV ya que lograremos entender mejor aún su situación y bien utilizada seremos capaces de transmitir mensajes precisos.

**OBJETIVOS:** Conocer los elementos de la CNV, y aplicar esos conocimientos, para mejorar la comunicación con los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo entre los pacientes ingresados desde el 20 de agosto de 2017 al 20 de noviembre de 2017, de los componentes de la CNV a través de los registros de enfermería establecidos para ello.

**RESULTADOS:** Es fundamental conocer y utilizar las habilidades en la comunicación para comunicar de forma óptima, donde se ponga en práctica habilidades como sonreír, el contacto, interpretar los gestos del paciente, la mirada, la escucha, ser asertivo, son en definitiva pilares para conseguir un interacción efectiva con el paciente y lograr satisfacer sus necesidades, logrando el bienestar del paciente.

**CONCLUSIÓN:** La CNV es una herramienta muy importante que debemos de adquirir los profesionales de enfermería a la hora de administrar los cuidados, con ello conseguiremos adquirir unas habilidades y destrezas para entender lo que un paciente nos quiere transmitir. Tener presentes las expresiones no verbales, gestos, las pausas, los silencios, y todo aquello que influye en la emisión, transmisión y recepción de los mensajes.

**PALABRAS CLAVE:** COMUNICACIÓN NO VERBAL, EMPATÍA, SATISFACCIÓN, BIENESTAR.

## CASO DE CRISIS COMICIAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

MERITXELL JUANOS LANUZA, LAURA PAREJA DE LA TORRE, LAIA RIBELLES MORENO, CONSTANTINA BARILA LOMPE, NATALIA VALL FAURA, OLGA ORENES SOLANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 42 años que acude a urgencias por presentar crisis comicial tónico clónicas parciales de la ESD desde las 8AM de menos de 1 min de duración que persisten pese a la administración de 2 mg de Rivotril y 10 mg de Stesolid rectal. No ha presentado un periodo post-crítico. Primeramente ha ido presentando crisis inicialmente parciales del hemicuerpo derecho hasta hacerse focales sin pérdida de conciencia. Antecedentes: Úlcera por presión talón derecho categoría IV, epilepsia parcial y esclerosis múltiple detectada en 1997. Medicación habitual Depakine 200 mg, Rivotril 2 mg c/6-8h (a demanda), Lioresal 25 mg, Septin forte 800/160 desde 25 de mayo por úlcera talón derecho pendiente de valorar por cirugía desbridamiento.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente, orientado, normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo. Glasgow 15. Moviliza las cuatro extremidades y no existencia de déficit sensitivo ni motor entre crisis. En el talón presenta una úlcera de unos 3cm de diámetro dentro de la cara interna de la región del calcáneo derecho sin secreciones ni eritema alrededor. Edemas en ambas extremidades. Los valores de la analítica sanguínea están dentro de la normalidad.

**JUICIO CLÍNICO:** Crisis focales a causa de mala adherencia del tratamiento con valproat.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Úlcera necrótica en EID (MARSA+) provoca descompensación.

**CONCLUSIONES:** Aunque las crisis epilépticas son infrecuentes en la esclerosis múltiple, su prevalencia en esta enfermedad es superior a la de la población general, lo que apoya la existencia de una relación etiológica. Actualmente se puede afirmar que su asociación es frecuente (0,5-8%) respecto a la población general (0,27-1,76%).

**PALABRAS CLAVE:** CRISIS COMICIAL, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ÚLCERA POR PRESIÓN, TRATAMIENTO.

## RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN PACIENTES CON SONDAJE VESICAL

NATALIA RODRIGUEZ GIJON, MARTA ZARCO MALDONADO, LIDIA ISABEL JIMENEZ ENRIQUEZ

**INTRODUCCIÓN:** La recogida de muestras de orina en pacientes con sondaje vesical es una tarea muy frecuente en el medio hospitalario, que sino se realiza de manera correcta puede provocar infecciones del tracto urinario y/o resultados analíticos erróneos.

**OBJETIVOS:** Conocer las recomendaciones para la correcta recogida de muestras urinarias en pacientes con sondaje vesical.

**METODOLOGÍA:** Para llevar a cabo nuestro estudio hemos realizado una revisión sistemática en varias bases de datos: Dialnet, Pubmed, Medline y Cuiden. Los descriptores usados fueron: sondaje vesical, técnica, recogida de muestras, enfermería. Las fórmulas de búsquedas fueron: sondaje vesical y recogida de muestras, sondaje vesical y enfermería. En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 2005-2018. Hemos seleccionado 2 artículos por su pertinencia con el tema, así como 2 guías de práctica clínica (GPC), protocolo y un sumario de evidencias.

**RESULTADOS:** Según varias GPC, la correcta obtención de muestras a través de sondaje vesical debe realizarse de forma aséptica a través de la membrana específica del catéter para puncionar que será desinfectada con solución antiséptica mediante una aguja vacutainer. Realizando un clampado previo de la sonda colectora lo más próximo al catéter vesical y esperar 30 min. No recoger nunca la muestra de la bolsa colectora. En el caso de no tener dicha membrana, realizar separación del catéter del sistema de drenaje lo más aséptico posible para recoger muestra por caída libre, aunque esto se relaciona con riesgo de infección en el sistema. La mayoría de los estudios coinciden, que, para la obtención de muestras de cultivo, es necesario el reemplazo de la sonda vesical ya que el diagnóstico es más específico.

**CONCLUSIÓN:** Enfermería debe conocer la técnica correcta en la recogida de muestras para evitar las posibles complicaciones que se asocian a la mala praxis.

**PALABRAS CLAVE:** SONDAJE VESICAL, ENFERMERÍA, RECOGIDA DE MUESTRAS, INFECCIONES.

## PACIENTE CON ANEMIA RELACIONADA CON LA DIETA

VIRGINIA BERODAS CUEVA, PATRICIA RODRIGUEZ FERNANDEZ, MIREYA ORDIZ BLANCO, SILVIA MARTÍN MENÉNDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, 57 años, Dieta vegana, derivada de Atención primaria por Anemia grave Atención especializada. Cansada desde hace meses, hiporexia con vómitos frecuentes. No hematemesis. Pérdida de 14 kg en el último año. Refiere heces negras desde que toma hierro. No rectorragias ni melenas. No sangrado a otro nivel. Dolor en hipocondrio derecho desde hace meses.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Normotensa. Afebril. Abdomen blando y depresible. No edemas ni signos de TVP en MMII. No adenopatías cervicales ni axilares. En la analítica destaca una hemoglobina de 4,9 mg/dl. La ferritina sérica también está muy disminuida, 9,8 µg/dl. Gastroscopia normal. Colonoscopia normal. Ecografía abdominal, con hígado prominente, riñones pequeño quiste cortical renal izquierdo. Rx tórax normal. Rx abdomen abundantes heces. Cultivo de heces negativo en sangre. No hematuria

**JUICIO CLÍNICO:** Anemia ferropénica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El proceso oncológico se descarta al no haber ningún dato que nos lo demuestre en la colonoscopia ni gastroscopia. Tamizaje para la enfermedad celíaca, siendo negativo. Además la paciente remonta las cifras de hemoglobina tras 2 CH de hematíes, suplementos de hierro, e ingestas completas, preparadas por servicio dietético del hospital. La Ferritina sérica por debajo de 10 µg/dl, nos indica una ferropenia. Al hacer la anamnesis vemos que no tiene una dieta equilibrada, con déficit nutricional importante.

**CONCLUSIONES:** La anemia por deficiencia de hierro se produce cuando hay una falta de este en el organismo, da como resultado una baja concentración de hemoglobina. La vitamina B-12 es esencial para tener los glóbulos rojos sanos y puede ayudar a prevenir la anemia. El problema es que sólo se encuentra en los productos de origen animal. La paciente al realizar una dieta vegana tiene deficiencias nutricionales.

**PALABRAS CLAVE:** DIETA, ANEMIA, HEMOGLOBINA, FERRITINA.

## SÍNDROME DISMÓRFICO CON HÁBITO MARFANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ GÓMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 27 años derivada a consulta de Medicina Interna por posible síndrome de Marfan. Como antecedentes personales destaca epilepsia en la infancia, retraso mental catalogado como posible síndrome de Down, retraso del lenguaje importante secundario a una hipoacusia neurosensorial bilateral severa, trastornos de conducta e irritabilidad y reflujo vesícula-ureteral izquierdo grado I con infecciones de orina de repetición.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La paciente presenta hábito marfanoide con talla alta no proporcionada, extremidades largas, aracnodactilia, miopía magna, paladar ojival y pectum excavatum, y otros rasgos dismórficos como frente estrecha, malformación de pabellones auriculares y cifoescoliosis leve. Análítica general y radiografía de tórax sin alteraciones destacables. Ecocardiograma-doppler compatible con la normalidad. Cariotipo normal que descarta síndrome de Down. Mediante secuenciación masiva NGS. Se analizan las regiones codificantes y las zonas intrónicas adyacentes de los genes ACTA2, ADAMTSL4, COL3A1, COL5A1, COL5A2, FBN1, FBN2, MYH11, SMAD3, TGFB2, TGFBR1, TGFBR2, TGFBR3, encontrándose una variable probablemente patogénica en FBN2 (c.6094T>A; p. Cys2032Ser).

**JUICIO CLÍNICO:** Aracnodactilia contractural congénita (ACC) o Síndrome de Beals. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hay que realizarlo sobre todo con síndrome de Marfan (SMF), pero también con el síndrome de Stickler, homocistinuria y artrogriposis distal.

**CONCLUSIONES:** La CCA es un trastorno de herencia autosómica dominante causado por una mutación en el gen FBN2 localizado en el cromosoma 5q23 que codifica la fibrilina 2. Es un trastorno del tejido conectivo caracterizado por contracturas de flexión múltiples, aracnodactilia, cifoscoliosis grave, pabellones auriculares anormales e hipoplasia muscular. Se desconoce la incidencia de la CCA y su prevalencia es difícil de estimar debido al solapamiento de fenotipo con el MFS. A pesar del hábito marfanoide, las contracturas articulares múltiples y las orejas arrugadas en ausencia de una dilatación significativa de la raíz aórtica son característicos del síndrome de Beals y raramente se observan en el MFS.

**PALABRAS CLAVE:** NGS, GENÉTICA MOLECULAR, SÍNDROME DISMÓRFICO, HÁBITO MARFANOIDE.

## **SÍNDROME DISFÓRFICO Y RETRASO DEL HABLA: MICRODELECCIÓN EN 9Q34.3**

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ GÓMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de dos años y medio de edad derivada por Neuropediatría a las consultas de Genética por retraso madurativo con ligera dismorfia. Antecedentes personales: embarazo con movimientos fetales escasos y tardíos, parto por cesárea programada por oligoamnios y crecimiento intrauterino retardado, percentil al nacimiento por debajo de la normalidad tanto de peso como de talla, ingresada durante cinco días por hipoglucemia en el periodo postnatal. Actualmente, retraso en los hitos del desarrollo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La paciente presenta estatura baja, obesidad, ligera microcefalia, prognatismo, lengua prominente y labio inferior grueso, sinofridia y alteraciones de la dentición, así como retraso en el habla sin alteración de las capacidades sensitivo-motoras. En consulta de genética, se realiza estudio de X-frágil por amplificación específica de la región fraxa del cromosoma X, que resulta negativo, y estudio de síndromes microdeleccionales mediante técnica “multiplex ligation-dependent probe Amplification” (MLPA), encontrándose una microdelección en 9q34.3 De 1 Mb que afecta al gen EHMT1.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de Kleeftstra (SK). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Incluye los síndromes de Down, Pitt-Hopkins, Smith-Magenis, Rett y de microdelección 2q23.1.

**CONCLUSIONES:** El SK es una enfermedad genética autosómica dominante que se caracteriza, entre otros, por déficit intelectual, hipotonía infantil, obesidad, retraso grave en la expresión oral y una apariencia facial distintiva (braquimicrocefalia, hipoplasia del tercio medio facial, cejas grandes, sinofridia, labio superior en arco de Cupido, labio inferior grueso y evertido, lengua prominente y prognatismo) junto con otros datos clínicos como anomalías cardíacas, defectos genitales en varones, defectos renales, epilepsia, infecciones recurrentes, estreñimiento grave y problemas de audición. Más del 85% de los casos son debidos a microdelección en EHMT1. La práctica totalidad de los casos son debidos a variantes “de novo”.

**PALABRAS CLAVE:** GENÉTICA MOLECULAR, SÍNDROME DISMÓRFICO, RETRASO COGNITIVO, KLEEFSTRA, MLPA.

## LA ATAXIA Y EL TRASTORNO ESQUIZOIDE EN LA PACIENTE

ANDREA ESPUCH OLIVER, REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ GÓMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 45 años con un cuadro neurológico progresivo en los últimos dos años consistente en ataxia con caídas, temblor y movimientos involuntarios, disfagia a líquidos y dificultad del habla, siendo ésta lenta y pobre. Además, se encuentra en seguimiento por psiquiatría por trastorno esquizoafectivo diagnosticado a los 30 años.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La paciente presenta ataxia de la marcha, disartria leve y bradipsiquia. A la palpación no se aprecia hepatoesplenomegalia. El resto de la exploración es normal. Se realizan TAC y RMN cerebral, así como estudio autoinmune, serológico y bioquímico (perfil hepático, lipémico, renal, tiroideo, hemograma), obteniéndose resultados dentro de la normalidad. La biopsia de piel objetiva acumulación lipídica en fibroblastos. Ante la sospecha diagnóstica, se realiza estudio genético por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) obteniéndose dos alelos patogénicos en heterocigosis para el gen NPC1.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Niemann Pick tipo C (ENP-C). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con otras enfermedades por depósito lisosomal de lípidos como la enfermedad de Farber, de Fabry, de Gaucher, y con las ataxias cerebelosas autosómicas recesivas como la xantomatosis cerebelotendinosa, la ataxia de Friedrich, etc.

**CONCLUSIONES:** La ENP-C es una lipidosis lisosómica de herencia autosómica recesiva ligada a los genes NPC1 en el 95% de los casos y NPC2. El cuadro clínico es muy heterogéneo e incluye ataxia cerebelosa, disartria, cataplejía, distonía, oftalmoplejía, convulsiones y demencia progresiva con inicio entre los 3 y los 15 años (formas infantil tardía y juvenil) o posterior (forma adulta, con una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos). La evolución se caracteriza por empeoramiento de los signos neurológicos con aparición de disfagia progresiva y signos piramidales. La hepatoesplenomegalia está ausente en algunos casos. Da como resultado un transporte intracelular defectuoso de las LDL, lo que causa la acumulación de colesterol no esterificado en los lisosomas.

**PALABRAS CLAVE:** ATAXIA, TRASTORNO ESQUIZOIDE, LIPIDOSIS, NIEMANN PICK.

## ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTE HOSPITALIZADO CON EPIDIDIMITIS

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ, ANTONIA GEMA ARIZA MARÍN, CLARA GARZÓN BOCH

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón 32 años de edad que acude al servicio de urgencias del hospital de referencia tras presentar dolor y tumefacción en el hemiescroto afectado de intensidad progresivamente creciente e irradiación al trayecto del cordón espermático. No presenta antecedentes de traumatismo previo. Antecedentes personales: fumador e hipercolesterolemia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración física el paciente presenta dificultad para deambular, la región del escroto se encuentra aumentada de volumen y enrojecida, la palpación testicular es dificultosa, apreciándose el testículo izquierdo aumentado de volumen y sensible. Pruebas complementarias: en la analítica el hemograma destaca la presencia de leucocitosis con desviación izquierda. En el sedimento urinario se detecta piuria. En la ecografía testicular: se objetiva un aumento del volumen global o parcial. Constantes: TA: 116/82, FC: 78px', Tº: 37,5°C, Sat. O2: 97%, Glucemia: 100mg/dl.

**JUICIO CLÍNICO:** Epididimitis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica inicial fue la epididimitis, aunque a priori no es posible descartar ninguna de las otras opciones contempladas: neoplasia testicular o torsión testicular. Si las pruebas diagnósticas resultan positivas, se puede asegurar que el paciente presenta epididimitis, en caso contrario, será necesario evaluar mediante un estudio más exhaustivo.

**CONCLUSIONES:** Tras un estudio completo, se comienza tratamiento con antibioterapia y antiinflamatorios no esteroideos. Su evolución es favorable tras una semana de tratamiento, está asintomático, con recuperación de su estado general, por lo que se decide el alta a su domicilio. La epididimitis se define como la inflamación aguda o crónica del epidídimo, aunque se puede afectar también el conducto deferente y el testículo. Constituye la causa más frecuente de escroto agudo en adultos jóvenes. El personal de enfermería debe aplicar unos cuidados y unas medidas oportunas para aliviar el dolor y disminuir el malestar del paciente: elevación del escroto, reposo en cama, aplicación de bolsas de hielo y administración de analgésicos y antiinflamatorios.

**PALABRAS CLAVE:** EPIDIDIMITIS, CUIDADOS, ENFERMERÍA, SÍNTOMAS, HEMIESCROTO, DIAGNÓSTICO.

## **DEFICIENCIA NUTRICIONAL IATRÓGENICA EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL PARA ENDOSCOPIAS DE VÍAS BAJAS**

ANA MARIA TORRES ROMERO, RAQUEL GODOY DÍAZ, MARTA ORTEGA VÁZQUEZ

**INTRODUCCIÓN:** La efectividad de la colonoscopia depende de la calidad de la limpieza del colon, que implica una modificación de la dieta y drogas laxantes. Sin embargo, la preparación intestinal aún se considera muy desafiante y tarea difícil que muchos pacientes temen. Los regímenes dietéticos no están claramente establecidos, la Sociedad Europea de La Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) recomienda una dieta baja en fibra el día anterior al procedimiento. Sin embargo, la práctica habitual es prescribir una dieta durante 2-3 días para mejorar la calidad de la preparación.

**OBJETIVOS:** Analizar la evidencia sobre la deficiencia nutricional en la preparación intestinal para colonoscopia.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de la evidencia sobre la deficiencia nutricional en la preparación para colonoscopia en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Cochrane- Plus, Cinhal, Scielo, Pubmed, Cuiden). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2007-2017. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español ("Preparacion instestinal", "deficiencia nutricional", "Colonoscopia"), en inglés("Intestinal preparation", "nutritional deficiency", "Colonoscopy"). Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen la deficiencia nutricional en la preparación para colonoscopia 2) que aporten datos empíricos sobre diferentes preparaciones y 3) en inglés o español. De un total de 79 publicaciones, fueron seleccionadas 19.

**RESULTADOS:** Tras la revisión de la evidencia se puede afirmar que las recomendaciones dietéticas para la preparación de la colonoscopia se mantienen sin cambios en los últimos años debido a la falta de estudios clínicos. Aunque estas dietas son transitorias y breves, pueden inducir una deficiencia energético-proteica severa. Ciertos estudios demuestran que la deficiencia nutricional fue significativa, más aún en pacientes mayores, y no hubo correlación con la calidad de la preparación intestinal.

**CONCLUSIÓN:** La deficiencia nutricional durante la preparación de la colonoscopia sigue siendo desconocida y este problema no ha sido abordado en estudios previos ni en guías actuales. Los regímenes de preparación intestinal podrían ser optimizados reformulando una ingesta nutricional mejorada y la inclusión de suplementos nutricionales sin residuos.

**PALABRAS CLAVE:** COLONOSCOPIA, PREPARACIÓN INTESTINAL, IATROGENIA, DEFICIENCIA NUTRICIONAL.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SANDRA CORTES FERNANDEZ, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTY HUGUET, MARIA DEL MAR Crespí Marcé, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 67 años con cardiopatía isquémica conocida. Fue asistido por la Unidad Móvil del 061 con una crisis hipertensiva; en situación de edema agudo de pulmón, de origen cardiogénico; e insuficiencia respiratoria grave, con saturaciones de oxígeno del 78%.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Al ingreso se le realiza un ECG, que muestra un ritmo sinusal de 76 ppm y en el que no se observan cambios isquémicos. Posteriormente se le realiza una coronariografía cuyo resultado fue el diagnóstico de una enfermedad coronaria de tres vasos, con una estenosis del 90%. Presenta pico febril y se realiza analítica sanguínea que no muestra leucocitosis. Mantiene diuresis forzadas con Furosemida endovenosa. Hemodinámicamente estable con perfusión de Noradrenalina 2ml/h. Por persistencia de agitación, necesidad de aumento de sedación y manejo inadecuado de secreciones, se ha procedido a realizar la intubación orotraqueal y el inicio de ventilación mecánica, previa sedorelajación.

**JUICIO CLÍNICO:** Ante la sospecha de probable infección de vías respiratorias no condensativa, tras la intubación orotraqueal se realiza la recogida de BAS y se inicia tratamiento antibiótico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnósticos de enfermería: Suplencia total en la necesidad de moverse y mantener la postura adecuada. Suplencia total en la necesidad de mantener la temperatura corporal. Suplencia total en la necesidad de mantener la higiene y protección de la piel. Suplencia total en la necesidad de evitar peligros y mantenimiento de la seguridad del entorno.

**CONCLUSIONES:** Tras varios intentos de reducir la sedación, el paciente siempre despertaba agitado y desorientado, por lo que se volvía a la pauta inicial de sedoanalgesia. Los resultados de la recogida de BAS evidenciaron una infección respiratoria, que retrasó la cirugía cardíaca de la que estaba pendiente. El paciente entró en un cuadro de septicemia. Al día siguiente el paciente sufrió una fibrilación auricular que fue imposible de revertir con maniobras de reanimación, acabando finalmente en exitus.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS INTENSIVOS, VENTILACIÓN MECÁNICA, SEPTICEMIA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

## COLESTEROLURIA ASOCIADA A LA AUTOADMINISTRACIÓN DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 34 años acude a urgencias con cuadro de ansiedad, astenia y molestias urinarias (poliaquiuria, disuria y hematuria) desde hace 3 días.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica con perfil hepático, renal y marcadores cardíacos, así como urianálisis. Los resultados revelan transaminasas y creatinina normales, troponina T aumentada (61.3Pg/mL;Normal:0,1-14,0) y presencia de proteínas, leucocitos y hematíes en orina según la tira reactiva. El análisis microscópico del sedimento urinario confirma lo anterior, destacando también la presencia de grandes cristales de colesterol (colesteroluria). En la anamnesis, el paciente afirma consumir esteroides anabolizantes (concretamente mesterolona) en grandes dosis, y llevar un ritmo de vida asociado a la intensa práctica de actividad física y al culturismo.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección del tracto urinario y crisis de ansiedad asociada secundaria a la ingesta de esteroides anabolizantes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La colesteroluria puede darse en el síndrome nefrótico y en la quiluria, donde hay rotura de los vasos linfáticos de la pelvis renal. En base a la analítica se descartan estas patologías, y se atribuye su ansiedad a los efectos secundarios asociados a la ingesta incontrolada de esteroides anabolizantes, mientras que las molestias urinarias se asocian al sobre esfuerzo físico.

**CONCLUSIONES:** La colesteroluria es un hallazgo poco frecuente en el laboratorio clínico, estando vinculada a una patología salvo que existan otras causas que lo justifiquen. En este paciente, el metabolismo de los esteroides anabolizantes explicaría este signo. Pese a no ser ideal para la construcción de músculo, la mesterolona reduce los efectos secundarios estrogénicos de los esteroides (retención de agua, disminución de la libido o la ginecomastia), pero favorece la aparición de cardiopatías o fallo renal. Sería aconsejable concienciar a los deportistas, concretamente jóvenes y de mediana edad, acerca de estos efectos adversos.

**PALABRAS CLAVE:** COLESTEROLURIA, ESTEROIDES, ANABOLIZANTES, CULTURISMO.

## INTENTO DE AUTÓLISIS POR INTOXICACIÓN AGUDA CON PARACETAMOL

ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 50 años acude a urgencias por náuseas y vómitos. Sobrepasado por situación laboral y familiar, afirma haber consumido 47g de paracetamol mezclados con 10mg de lorazepam en las últimas 24h, con fines autolíticos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica con perfil hepático y niveles de paracetamol en sangre, así como triaje a tóxicos en orina. En base a los primeros resultados: GOT=1352 U/L(Normal:10-50); GPT=905 U/L(N:1-50); [Paracetamol]=60,6 µg/mL(N:10-30) y positivo en benzodiazepinas, se administra N-Acetilcisteína por vía intravenosa y se traslada a UCI. Se amplía la analítica, con monitorización de los niveles de factor V de coagulación cada 12h, reflejando un descenso acusado del mismo al 18,8%(N:70-140) e hipertransaminasemia con cifras superiores a 100 veces el rango normal. Se propone un trasplante hepático en caso de no mejoría.

**JUICIO CLÍNICO:** Fallo hepático agudo secundario a intoxicación por paracetamol. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En ausencia de información sobre el origen de la intoxicación, el único modo de averiguar la etiología es la determinación cualitativa (orina) y cuantitativa (plasma) de paracetamol. Durante las primeras 24 horas la clínica está ausente o es absolutamente inespecífica, no siendo orientativa para hacer un diagnóstico de la intoxicación. Otras patologías que cursan con una clínica similar son la hepatitis alcohólica o vírica, intoxicaciones por isoniazida o Amanita spp. , O el síndrome de Budd-Chiari (trombosis en vena porta).

**CONCLUSIONES:** La muerte sobreviene por necrosis hepática fulminante, coagulopatías como hemorragia pancreática, o fallo multiorgánico con fracaso renal. El agotamiento de las reservas de glutatión conlleva la imposibilidad de inactivar al metabolito extremadamente reactivo N-acetil-para-benzoquinoneimina (NAPQI), responsable del daño celular. El periodo 48-96h post-ingesta es el de mayor lesión hepática. Tras 2 semanas de hospitalización y mejoría, el paciente fue derivado a Salud Mental.

**PALABRAS CLAVE:** INTOXICACIÓN, PARACETAMOL, HEPATITIS, AUTÓLISIS.

## **EXTENSIÓN DE FROTIS SANGUÍNEO CORRECTAMENTE REALIZADO**

PILAR ESPAÑA CALERO, ANTONIO RUIZ MONTAÑEZ, ANTONIA PEDRERA MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** A partir del frotis de sanguíneo debidamente preparado, se puede obtener considerable información valiosa. Se utiliza sangre anticoagulada con EDTA y teñidos con Wright o Wright giemsa. Los frotis deben evaluarse primero con el objetivo de 10X, luego con 40X y por último con objetivo de inmersión 100X. La formula diferencial y la morfología de los leucocitos, la morfología de los eritrocitos y la estimación de las plaquetas se incluyen en la evaluación del frotis.

**OBJETIVOS:** Analizar cómo obtener una buena extensión sanguínea en la que estén claramente diferenciadas tres zonas: cabeza (inicial), cuerpo (intermedia) y cola (final).

**METODOLOGÍA:** Revisión de manuales y documentos especializados.

**RESULTADOS:** La sangre debe ir dispuesta en una sola capa de tal manera que no queden huecos a lo largo de la extensión sanguínea. Las bandas laterales deben ser lisas y los bordes de la extensión deben estar separados de los bordes del porta 1-2 mm. Una gota demasiado grande, el uso de portaobjetos mellados o con grasa, la variación del ángulo y la velocidad de la técnica, son motivos para que la extensión del frotis sanguíneo no sea adecuada y no sirva para la realización de la formula manual adecuada. Cabeza: es la zona con mayor grosor, de hecho los hematíes pueden estar formando mas de una capa. Cuerpo: en esta zona existe una adecuada proporción de leucocitos por lo que es la zona más adecuada para el estudio de células. Neutrofilos , linfocitos, eosinofilos y basofilos. Cola: es la zona final del frotis. En esta zona los hematíes se disponen en forma de mosaico. Homogéneamente coloreados podemos observar su morfología. Los leucocitos de esta zona suelen ser los mas grandes: Monocitos y granulocitos. También se realiza el recuento de plaquetas.

**CONCLUSIÓN:** Con una extensión adecuadamente realizada y teñida, podemos realizar una cuantificación y un adecuado estudio morfológico de las diferentes células sanguíneas.

**PALABRAS CLAVE:** NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS, MONOCITOS, FROTIS, PLAQUETAS, ERITROCITOS.

## **PRICK TEST O PRUEBA DE ALERGIA**

MARIA DOLORES LOPEZ DIAZ, ANA ISABEL AGUADO RODRIGUEZ, ADELAIDA REYES LEIVA

**INTRODUCCIÓN:** El prick test o prueba cutánea de punción es un prueba que se efectúa introduciendo una pequeña cantidad de una sustancia bajo la piel con el fin de identificar que está causando una reacción alérgica. A la sustancia que produce dicha reacción se le denomina alérgeno. Esta prueba es la más recomendada para el diagnóstico de una alergia.

**OBJETIVOS:** Analizar en que consiste esta prueba, su preparación y como interpretar sus resultados.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda en bibliografía de literatura científica en bases de datos Dialnet, y Cuiden Plus y el buscador de Google Académico relacionadas la prick test, utilizando los descriptores “prick test”, “alérgenos”, “alergia”.

**RESULTADOS:** El prick test es una prueba que se realiza en apenas unos minutos , diferenciando entre la punción y los parches, apareciendo los resultados en 10 o 15 minutos aproximadamente y a las 48 horas en el caso de usar parches. En el caso de haber tomado antihistamínicos o corticoides no se debe realizar esta prueba por que afectan al resultado. Si el paciente presenta lesiones cutáneas tampoco se recomienda realizarla porque puede dificultar la interpretación de esta. Tampoco se realiza en embarazadas ni en pacientes enfermos por el riesgo de producir una reacción alérgica severa.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados esta prueba se manifiestan e interpretan en forma de pápulas y eritema. Según su tamaño he intensidad se pueden clasificar como -,+,++,+++,++++, tanto en pruebas realizadas por punción como con parches. El servicio de alergología será el encargado de prescribir el tratamiento más apropiado para cada paciente. En conclusión, el prick test es una prueba fiable, segura, económica e instantánea la hora de diagnosticar una alergia y por ello es la que se realiza con más frecuencia.

**PALABRAS CLAVE:** PRICK TEST, ALERGENO, ALERGIA, PUNCIÓN.

## EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA Y TRATAMIENTO EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 53 años, diagnosticada recientemente de mieloma múltiple y en tratamiento quimioterápico y hemodiálisis, ingresa en hemato-oncología por empeoramiento de su clínica, refiriendo astenia, fiebre y deterioro de la función renal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica con signos característicos del mieloma múltiple: Creatinina=5,2mg/dL(Normal:0,51-0,95), Proteínas totales=8,6g/dL(N:6,6-8,3), Ácido úrico=17,6mg/dl(N:2,6-6,1), Calcio=10,7mg/dL(N:8,8-10,6). Estudio de proteínas específicas revela IgG=5407mg/dL(N:700-1600), confirmado con la aparición de una banda monoclonal en región gamma del proteinograma, y concentración de cadenas ligeras libres lambda=2750mg/L(N:5,7-26,3). Urianálisis compatible con lo anterior, destacando proteinuria, abundantes cilindros granulosos y cristales de ácido úrico en sedimento urinario.

**JUICIO CLÍNICO:** Insuficiencia renal secundaria a mieloma múltiple de tipo IgG, con sobreproducción de cadenas ligeras libres lambda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es frecuente observar insuficiencia renal crónica de lenta progresión en pacientes con mieloma. En los túbulos renales se deposita el exceso de cadenas ligeras libres que, junto con la proteína de Tamm-Horsfall, forman cilindros proteicos detectables en el urianálisis. La hipercalcemia e hiperuricemia colaboran en el daño renal. También es frecuente la infiltración extramedular de células plasmáticas, confirmada mediante estudio citológico, y con afectación uterina en este paciente.

**CONCLUSIONES:** Además de la quimioterapia para combatir el clon celular proliferativo, junto con la hemodiálisis con membranas HCO (High-Cut-Off) de muy alta permeabilidad, para eliminar el exceso de proteína y disminuir el daño renal, se recurrió a la HFR-SUPRA (hemodiafiltración con reinfusión del filtrado). Esta novedosa técnica permite la depuración extrarrenal del plasma, al tiempo que evita la pérdida de importantes seroproteínas como la albúmina. Pese a los esfuerzos, la paciente no mejoró debido a su clínica desfavorable. De ello concluiremos que, a mayor precocidad en el diagnóstico y tratamiento del mieloma, mayores serán los beneficios terapéuticos y la supervivencia.

**PALABRAS CLAVE:** MIELOMA, MÚLTIPLE, PROTEINOGRAMA, HEMODIÁLISIS.

## **PACIENTE CON ENFERMEDAD DE FABRY, UN HALLAZGO INTERESANTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO**

ANTONIO BERNARDINO GARCIA ANDREO, SERGIO GARCÍA MUÑOZ, CRISTINA DE LAMO SEVILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 32 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada, acude a urgencias por dolor precordial irradiado a epigastrio y miembros superiores tras la práctica de ejercicio físico moderado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Ante sospecha inicial de infarto agudo de miocardio, el paciente es ingresado en UCI para realizarle pruebas. Manifiesta taquicardia de 118 latidos/minuto e hipotensión (100/70mmHg). El examen de laboratorio, compuesto por hemograma, bioquímica sérica y urianálisis, revela leucocitosis con predominio de polimorfonucleares, hiperkalemia (5,4mEq/L;N:3.5-5.1), CK-MB aumentada (35U/L;Normal:0.1-3.0) E hiperalbuminuria de 48mg/dL(N:0-3). La ecocardiografía muestra hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia de válvula mitral. La exploración física denota palidez mucocutánea, opacidad corneal, múltiples telangiectasias en ambos hombros y angioqueratomas en forma de roseta en la región periumbilical.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Fabry. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patologías que cursan con clínica similar son: pericarditis aguda, tromboembolismo pulmonar, neumotórax espontáneo o aneurisma disecante de aorta. Considerando el infarto agudo de miocardio algo inusual en menores de 35 años, y basándonos los síntomas descritos (proteinuria, cardiopatías, lesiones cutáneas características), sospechamos un caso de enfermedad de Fabry. La cuantificación de una actividad nula del enzima alfa-galactosidasa A, en leucocitos y plasma, confirma el diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad de Fabry tiene una incidencia anual estimada de 1:80.000 Nacidos vivos, herencia ligada al cromosoma X (de modo que los varones desarrollan síntomas más graves), y es de aparición juvenil, salvo casos como el presentado en que se manifiesta súbitamente en la adultez, frecuentemente por artralgias tras realizar ejercicio físico. La proteinuria con subsiguiente nefropatía (y también el resto de afecciones multiorgánicas) es debida al depósito del glucoesfingolípido globotriaosilceramida, sustrato del enzima deficiente, en los tejidos diana. El tratamiento de elección consiste en la administración intravenosa, de por vida, de alfa-galactosidasa A exógena, que promueve una clara mejoría clínica. Un diagnóstico bioquímico/genético precoz, sobre todo a nivel prenatal, es clave para incrementar la supervivencia del individuo.

**PALABRAS CLAVE:** FABRY, LISOSOMAS, DÉFICIT, GALACTOSIDASA.

## **PACIENTE DIAGNOSTICADO DE MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

BELÉN GRANADOS LÓPEZ, JULIA PORCEL RUIZ, MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 60 años que acude a urgencias por disnea de horas de duración junto con palpitaciones. No dolor torácico, no otro síntoma agudo. Un familiar suyo, médico, refiere que tiene pulso irregular. Además, llevaba 2 meses con síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso), junto con dolores óseos, sobre todo a nivel lumbar. No antecedente de arritmia previo. Toma tratamiento para la tensión arterial con excelente control. EN ECG se aprecia una fibrilación auricular (FA) con frecuencia cardíaca conservada. En el hemograma destaca una hemoglobina de 7,5 g/dl, normocítica y normocrómica. Además presenta creatinina de 2,5 mg/dl e hipercalcemia severa (16 mg/dl). Se realiza transfusión de hematíes y se inicia tratamiento para reducir los niveles de calcio. La paciente ingresa en planta para estudio estando en ritmo sinusal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se amplía analítica con T4, TSH, PTH, vitamina B12 y ácido fólico normales. Se detecta hiperproteinemia con elevación de las gammaglobulinas con banda monoclonal en la región gamma. La IgA está elevada. En orina se observan proteínas de Bence-Jones e inmunoglobulinas tipo IgA con cadenas ligeras kappa. La radiografía de tórax y ecografía abdominal son normales. Se realiza una serie ósea radiológica mostrando múltiples imágenes líticas a nivel del cráneo, costillas, vértebras y clavículas. La biopsia de médula ósea confirma el diagnóstico de mieloma múltiple.

**JUICIO CLÍNICO:** Mieloma múltiple. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hiperparatiroidismo, tumores sólidos.

**CONCLUSIONES:** En este caso, el mieloma múltiple es el desencadenante de la anemia y la hipercalcemia, que a su vez pueden haber sido los causantes de la arritmia. Así cuando la paciente fue transfundida y los niveles de calcio comenzaron a disminuir se consiguió el ritmo sinusal de forma espontánea. Por ello es importante siempre se debe buscar la causa desencadenante de la FA para así lograr el mejor tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERCALCEMIA, ANEMIA, FIBRILACIÓN AURICULAR, MIELOMA MÚLTIPLE.

## LINFOCITOS INTRAEPITELIALES POR CITOMETRIA DE FLUJO EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA

CRISTINA ELVIRA ROYO

**INTRODUCCIÓN:** Los linfocitos intraepiteliales (LIE) pueden considerarse la primera línea de defensa contra gérmenes patógenos intestinales y también, puede que mantenga la integridad del epitelio, eliminando los enterocitos dañados. Son mediadores de la tolerancia oral a los antígenos alimentarios. La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten, que causa una enteropatía crónica en individuos genéticamente predispuestos (HLA DQ2 y DQ8) y esta mediada por mecanismos inmunológicos (respuesta linfocitaria T intestinal). La respuesta inmunitaria desencadenada por el gluten en la mucosa intestinal, determina la aparición de lesión. Con la eliminación del gluten de la dieta puede desaparecer clínica e histológicamente la EC.

**OBJETIVOS:** Determinar el diagnóstico de EC, requiere al menos, una biopsia intestinal en la que se demuestra la lesión.

**METODOLOGÍA:** La biopsia se introduce en un tubo con medio F10, enriquecido con suero bovino fetal, DTT (rompe uniones celulares del epitelio intestinal) y EDTA. Se tiene en movimiento durante una hora para liberar las células. Se pasa la suspensión a través de una aguja de insulina para disgregar las agrupaciones celulares. Se filtra y concentra por centrifugación. El pellet se marca con anticuerpos monoclonales que forman el panel para caracterizar las células.

**RESULTADOS:** Las poblaciones obtenidas son: LIE totales CD45+/CD103+ LIE TCR $\gamma\delta$  CD3+/ TCR $\gamma\delta$ + LIE NK-like CD3-/CD7+ La interpretación de los resultados es la siguiente: 1. Aumento LIE totales % en relación a las células del epitelio durante la enfermedad activa. Disminuye al eliminar el gluten de la dieta. 2. Aumento continuo de LIE TCR $\gamma\delta$  %. Independientemente del gluten. 3. Disminución continúa de LIE NK-like %. Independientemente del gluten.

**CONCLUSIÓN:** La citometría es una técnica rápida que analiza un gran número de células y apoya el diagnóstico histopatológico con la determinación serológica de anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMEDAD CELIACA, GLUTEN, LIE TOTALES, LIE TRCGD, LIE NK-LIKE, CITOMETRIA DE FLUJO.

## LA IMPORTANCIA DEL TEST DE ALLEN EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL

MARÍA ÁNGELES JIMÉNEZ MARTÍNEZ, SONIA VALERO SÁNCHEZ, ANA BELEN LOPEZ MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 67 años, EPOC reagudizado, portador de CEPAP continua, no anticoagulado, no AMC, no DM, no HTA. Con saturación de oxígeno con técnica no invasiva de 96% con BIPAP. Se pide gasometría arterial basal para conocer los valores de PCO<sub>2</sub> Y P0<sub>2</sub>.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Valoramos el estado del paciente. Nos aseguramos que no está anticoagulado. Lo colocamos en posición cómoda, le explicamos el procedimiento y realizamos el test de Allen, para valorar la circulación colateral, realizando presión en la arteria radial y cubital simultáneamente, mientras el paciente abre y cierra la palma de la mano, a los pocos segundos aparecerá palidez en la palma de la mano y descomprimos la arteria radial, viendo como vuelve la vascularización a la palma de la mano, y esa misma técnica la repetimos en arteria cubital.

**JUICIO CLÍNICO:** Test de Allen negativo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En caso de ser positivo se podrían utilizar la plestimografía o la ecografía para valorar la circulación de ambas arterias, también se recomienda estas pruebas en la canalización de arteria, sobre todo en paciente crítico o poco colaborador.

**PLAN DE CUIDADOS:** Una vez comprobado el test de Allen, realizamos la punción arterial. Al ser basal, le retiramos la BIPAP 20 minutos antes de la punción, le explicamos el procedimiento y le pido colaboración. La técnica se hace de forma estéril y la muestra se lleva directamente a laboratorio en una nevera, correctamente etiquetada. Mediante la realización de la punción, he observado la coloración de la mano y el paciente no me ha referido hormigueo o falta de sensibilidad.

**CONCLUSIONES:** Hemos realizado una técnica necesaria para valorar el tipo de oxigenoterapia que nuestro paciente necesita, y el test de Allen nos ha ayudado a hacerla con seguridad para el paciente, evitando isquemia distal o posible necrosis. Si el test hubiera sido positivo, tendríamos que haber elegido otra arteria.

**PALABRAS CLAVE:** GASOMETRÍA, ARTERIAL, TÉCNICA, TEST ALLEN, VASCULARIZACIÓN, PREVENCIÓN.

## ABORDAJE DEL DECLIVE DEL ÓRGANO HEPÁTICO

GREGORIA CASTEJON CARRION, MARIA ANGELES CÁNOVAS SAURA

**INTRODUCCIÓN:** La Cirrosis Hepática es la cirrosis que afecta al Tejido hepático como consecuencia de diferentes enfermedades crónicas. El tejido hepático es un tejido estable. Presenta una gran capacidad de regeneración en respuesta a estímulos externos, como lesiones o procesos tumorales. Sin embargo, las lesiones crónicas como el alcoholismo y las infecciones hepáticas implican una pérdida constante y prolongada del parénquima, sin la proliferación compensatoria necesaria.

**OBJETIVOS:** Analizar las consecuencias de la Cirrosis Hepática.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Las consecuencias de la Cirrosis Hepática en la salud del individuo va a depender fundamentalmente del grado de funcionalidad que el hígado pueda conservar a pesar de la alteración histológica que haya sufrido. El manejo de las distintas enfermedades crónicas que desembocan en la Cirrosis, su detección precoz, valoración clínica y seguimiento ayudarán a que su cronicidad no se complique. Las determinaciones en el Laboratorio Clínico, con el estudio de la funcionalidad hepática, Biopsias Histológicas, Ecografías, así como otras pruebas complementarias, orientarán al clínico hacia la detección y diagnóstico causal, puesto que el Hígado, en las fases iniciales de la enfermedad cirrótica tiende a compensar los primeros niveles, siendo vagos o inespecíficos como dispepsia, astenia o hiperpirexia Hematología Completa. Trombocitopenia por hiperesplenismo. Protrombina prolongada, hipoalbuminemia, hipoproteïnemia por alteración en la síntesis hepática. Aminotransferasa elevadas o normales. Relación AST/ALT > 1, si bien encontramos > 2 es altamente sospechosa de Cirrosis Alcohólica. Hepatitis víricas B y C con Ags HB, antiCore VHB, anti HVC. ANA (Anticuerpos antinucleares), anti músculo liso (AML), antimitocondriales (AMA), anticuerpos LKM1, pANCA, ferritina sérica, % de saturación de la transferrina, fenotipo para descartar hemocromatosis.

**CONCLUSIÓN:** Aunque esta enfermedad es irreversible, es posible tomar diferentes medidas para reducir el daño hepático como dejar el alcohol, limitar el uso de fármacos por disminución de la función hepática y establecer una alimentación adecuada. El tratamiento definitivo de Cirrosis es el Trasplante Hepático.

**PALABRAS CLAVE:** ANTICUERPOS, ASCITIS, HIPERESPLENISMO, ICTERICIA, PETEQUIAS, TRANSPLANTE.

## **DIAGNÓSTICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE UN SARCOMA FUSOCELULAR**

ALEX ALBALADEJO GARCIA, GEMA LASSO SIERRA, SANDRA PINEDA MONTERDE, MARCO BIANCHI

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, controlada con medicación antihipertensiva, y dislipemia. Acude hace dos semanas a urgencias por cuadro de 7 días de evolución de dolor en dorso de pierna derecha y tumefacción sin impotencia funcional, calor ni otros signos inflamatorios. Se realiza una analítica completa y una ecografía doppler, esta última con hallazgos que plantean un diagnóstico diferencial entre hematoma intramuscular de sóleo o quiste de Baker, como principales opciones, y que junto a la analítica descartan una posible trombosis venosa profunda. Se alta a la paciente al domicilio con pauta de antiinflamatorios no esteroideos y se deriva a CCEE de traumatología para la realización de una exploración de músculo más exhaustiva en la resonancia magnética.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general en urgencias aportó los siguientes datos: TA 188/91mmHg, FC 95 rpm, SatO<sub>2</sub> 99% (basal), T<sup>a</sup> axilar 36,8 °C. Extremidad inferior con tumefacción a nivel de dorso de pantorrilla derecha. No triada de Virchow. Hommans +. Signos tróficos de IVC. Como pruebas complementarias se realizan analítica completa y eco doppler, con las cuales descartamos una posible trombosis venosa profunda. A las dos semanas se procede a realizar una resonancia magnética de la extremidad inferior derecha donde se localiza un sarcoma fusocelular de alto grado con un tamaño de 14 cm.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor en extremidad inferior derecha con tumefacción. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la anamnesis elaborada en urgencias, desde un inicio se buscó descartar una TVP, con las pruebas complementarias que se han nombrado anteriormente. En cuanto se pudo descartar dicha patología, se solicitó una resonancia magnética para realizar un diagnóstico específico, como es el sarcoma.

**CONCLUSIONES:** A la paciente se le diagnostica un sarcoma fusocelular de alto grado y de un tamaño relevante mediante resonancia magnética, por lo que se le practicará una cirugía para la excisión de este.

**PALABRAS CLAVE:** RESONANCIA MAGNÉTICA, SARCOMA, EXPLORACIÓN, DIAGNÓSTICO.

## PRUEBA CUTÁNEA DE TUBERCULINA O MANTOUX

MARIA ISABEL FERNANDEZ CORTES, MARIA ISABEL ZAMORA SERRANO, SONIA SERRANO JURADO

**INTRODUCCIÓN:** El índice de tuberculosis en España ha ido disminuyendo a lo largo de las décadas, un último estudio revela que existen unos 8 casos por cada 100000 hab. Y encontrándose una tasa de al menos un 80% sin diagnosticar. La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La localización pulmonar es la más habitual, pero en determinados casos puede afectar también a otros órganos según vaya evolucionando la enfermedad. Sin tratamiento, la enfermedad presenta una tasa de mortalidad elevada.

**OBJETIVOS:** Identificar de forma precoz la enfermedad y aplicar el tratamiento adecuado para cortar la cadena de transmisión.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda de documentación en bases de datos, artículos e informes epidemiológicos. Se realizó una lectura y cribado de toda la documentación encontrada, especialmente la hallada en los últimos 5 años.

**RESULTADOS:** Detección precoz mediante la prueba cutánea de la tuberculina o Mantoux. Esta prueba requiere que el paciente acuda en dos ocasiones al centro médico. 1- Se inyecta en la parte inferior del brazo una pequeña cantidad de tuberculina. 2- Entre las 48 y 72 horas de haber realizado la inyección, el paciente debe regresar para analizar los resultados examinando la reacción en el brazo 3- El resultado de esta prueba depende del área elevada, endurecida o hinchada del punto en el que se realizó la inyección.

**CONCLUSIÓN:** Es de vital importancia concienciar y dar a conocer la existencia de la enfermedad y de su fácil diagnóstico para que la incidencia de personas afectadas siga disminuyendo.

**PALABRAS CLAVE:** TUBERCULOSIS, MANTOUX, INCIDENCIA, PREVENCIÓN.

## **REALIZACIÓN DEL EL TEST DE O'SULLIVAN O PRUEBA DE SOBRECARGA ORAL DE LA GLUCOSA**

**BERNARDO TORRES MACÍAS, JOSE MIGUEL GARCIA GUZMAN, MARIA DEL CARMEN CUERVA GUTIÉRREZ**

**INTRODUCCIÓN:** El test de O 'Sullivan o la prueba de sobrecarga oral de la glucosa es una sencilla prueba muy útil para el diagnóstico de diabetes gestacional. En España se les realiza rutinariamente a todas las gestantes entre las semanas 24 y 28. Se denomina diabetes gestacional a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se diagnostique durante la gestación.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo es el conocer y unificar criterios para la interpretación y realización de los resultados de test de O`Sullivan.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en las principales bases de datos (pubmed, cuiden, scopus, ...).

**RESULTADOS:** Preparación del paciente y obtención de la muestra • Se debe de hacer dieta normocalórica con aporte superior a 150 gr de hidratos de carbono las 48-72 horas anteriores. • Mantener una actividad física normal en las 48-72 horas previas. • Se debe suspender la medicación que altere la tolerancia a la glucosa. • Se ha de realizar en las primeras horas de la mañana, tras 10-12 horas de ayuno. • Se realiza una extracción de sangre y se mide la glucosa en sangre; a continuación, la embarazada debe ingerir un líquido que contiene 50 g. De azúcar disueltos en agua y una hora más tarde se vuelve a extraer sangre para medir de nuevo la glucosa en sangre. • El paciente permanecerá en reposo.

**CONCLUSIÓN:** Criterios diagnósticos actuales de los trastornos de la tolerancia a la glucosa (ADA-97 y OMS-99) glucemia menor 140mg/dl normal, entre 140 y 200 prediabetes, intolerancia a la glucosa y mayor a 200 signos de diabetes mellitus Tiempo de extracción de sangre y valores máximos en ayunas 105mg/dl, 60 min 190mg/dl, 120 min 165 mg/dl y 180 min 145 mg/dl (esto va en dos tablas)

**PALABRAS CLAVE:** TEST DE O`SULLIVA, DIABETES MELLITUS, GESTANTES, GLUCEMIA.

## ORDEN CORRECTO DE EXTRACCIÓN DE TUBOS SANGUÍNEOS

SARA DADKHAH, PABLO PEINADO FERREIRA, JUAN FRANCISCO GODOY ANDREU

**INTRODUCCIÓN:** La extracción de sangre es un procedimiento que consiste en la recolección de muestra de sangre, y que normalmente, se realiza para análisis de laboratorio. Se trata de un proceso que, si se lleva a cabo de la manera adecuada, resulta muy útil para la detección de posibles enfermedades. Los resultados de la muestra podrían verse alterados si durante el procedimiento de extracción no se toman los tubos sanguíneos en un orden determinado, por lo que es necesario conocer el orden correcto de llenado de los mismos.

**OBJETIVOS:** Determinar y conocer el orden correcto de extracción de tubos sanguíneos.

**METODOLOGÍA:** Se ha usado la revisión bibliográfica como método de estudio, usando como bases de datos Pubmed y Scielo. Se han usado como descriptores; “tubos sanguíneos”, “muestra sanguínea”, “laboratorio” y “flebotomía”. Se han encontrado 14 artículos relacionados, de los cuales se han utilizado los posteriores al 2009.

**RESULTADOS:** Se ha determinado que el orden de extracción de tubos sanguíneos correcto según la bibliografía relacionada sería el siguiente: 1º Hemocultivos (siempre comenzando por aeróbico y después el anaeróbico) 2º Tubo para análisis de suero: sin anticoagulante. 3º Tubo para pruebas de coagulación: (con anticoagulante citrato) 4º Tubo de hemograma (con EDTA) 5º Tubo de velocidad de sedimentación 6º Tubos restantes con anticoagulantes: Heparina de litio, jeringas de gasometría, etc.

**CONCLUSIÓN:** Son frecuentes los errores cometidos durante la obtención de muestras sanguíneas, dando lugar a resultados erróneos y al rechazo de la muestra por parte del laboratorio. Es responsabilidad del enfermero evitar los posibles errores, por lo tanto, este debe conocer tanto la técnica de extracción, como el orden por el que se deben llenar los tubos sanguíneos para evitar así el riesgo de malas interpretaciones en el diagnóstico de los pacientes y las molestias ocasionadas a los mismos por la repetición de una nueva punción.

**PALABRAS CLAVE:** FLEBOTOMÍA, TUBOS SANGUÍNEOS, LABORATORIO, MUESTRA SANGUÍNEA.

## **DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE ALFA 1-ANTITRIPSINA MEDIANTE EL ESTUDIO DEL FENOTIPO**

NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La Alfa 1-antitripsina (A1AT) es una glicoproteína polimórfica que aparece en el suero sanguíneo; se sintetiza en los hepatocitos, los macrófagos, las células intestinales y las células epiteliales bronquiales. Perteneció a la categoría de las serinproteasas (serpinas) cuya función es inhibir varias proteasas; además la A1AT se codifica en un gen del cromosoma 14 y es un gen polimórfico en el que los alelos se clasifican en normal, deficiente y nulo.

**OBJETIVOS:** Analizar el fenotipo para un diagnóstico adecuado del déficit de Alfa 1-antitripsina en el suero humano.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como DIALNET, MEDLINE, SCIELO. Se han consultado artículos relacionados con el tema, de los cuales se han seleccionado los 5 que más se ajustan al objeto de estudio. Descriptores: fenotipo, diagnóstico, Alfa 1-antitripsina, déficit.

**RESULTADOS:** El análisis común del fenotipo es solicitado para confirmar el déficit de A1AT. Este diagnóstico se basa en el método del isoenfoque; el cual consiste en la separación electroforética de las proteínas en concordancia con su punto isoeléctrico en un gel de agarosa de pH de 4.2-4.9, que se completa con una inmunofijación con el antisuero anti-Alfa-1 antitripsina adaptado a peroxidasa. Es importante el almacenamiento adecuado de las muestras de suero para no interferir el resultado.

**CONCLUSIÓN:** Según la bibliografía consultada, el déficit de A1AT es un error congénito que causa lesión pulmonar y hepática. Se han reconocido numerosos fenotipos portadores de diversos riesgos de enfermedad. La lesión hepática (presente en niños principalmente) se manifiesta mediante hepatomegalia y anomalía en los marcadores clínicos hepáticos mientras que la lesión pulmonar se asocia a enfisema pulmonar.

**PALABRAS CLAVE:** FENOTIPO, ALFA 1-ANTITRIPSINA, DÉFICIT, DIAGNÓSTICO.

## **DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA MALARIA O PALUDISMO**

AURORA URBANO FELICES, MARIA ANTONIA CHAMORRO AREVALO, PURIFICACION BARRAGAN MORENO

**INTRODUCCIÓN:** Plasmodium falciparum es el causante de la malaria o paludismo tratándose de un parásito que causa fiebres palúdicas, debido a la picadura de un mosquito Anopheles.

**OBJETIVOS:** Conocer el diagnóstico de la malaria y sus medidas preventivas.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos y revistas de carácter científico para abordar dicha investigación. Se realiza el estudio de diferentes casos clínicos, se observa en los pacientes una serie de síntomas que en primer lugar se pueden asociar a una gripe ya que presentan fiebre alta, transpiración, escalofríos intensos, pero se repite el paroxismo cada 48/72h y pueden aparecer síntomas como dolor de cabeza, confusión, convulsiones, coma y muerte.

**RESULTADOS:** Diagnóstico directo: Gota gruesa y frotis sanguíneo teñido con Giemsa. Parasitemia. Apariencia del eritrocito: deformaciones, presencia de gránulos. Apariencia del eritrocito. PCR para determinar la especie. Test de diagnóstico rápido, en el cual se detectan proteínas concretas del parásito. Diagnóstico indirecto, IFI, se usa cuando se sospecha y no se encuentra en sangre o para el cribado de donantes.

**CONCLUSIÓN:** El paludismo se trata de una enfermedad parasitaria que afecta a una gran parte de la población mundial, es difícil erradicarla pero se puede prevenir con una serie de medidas preventivas tanto frente al parásito como al vector. Frente al parásito se emplean tratamiento quimioproláctico. Frente al vector: mosquiteras, mangas y perneras largas, repelentes, insecticidas domésticos.

**PALABRAS CLAVE:** MALARIA, PARÁSITO, MOSQUITO, TINCION GIEMSA, ERITROCITO.

## DECAIMIENTO EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CON GLUCEMIA MAL CONTROLADA

PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO, ARACELI ANTON SANTORUM

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 78 años con antecedentes personales de: HTA, NO RAM, DM-2 en tto con insulina y metformina, DLP mixta, exfumador desde hace 20 años, no hábito enólico, bloqueo AV grado Mobitz II asintomático, portador de MCP VVI normofuncionante, neuropatía diabética, retinopatía diabética, hiperuricemia, AOC grado IV por obliteración femoropoplítea bilateral, amputación transmetatarsiana del tercer y cuarto dedos del pie derecho, amputación infracondílea MID, apendicectomizado. Es dependiente para las ABVD, vida cama-sillón, que acude a urgencias por empeoramiento progresivo del estado general desde hace 48 horas, asociando tos con expectoración escasa amarillenta, ruidos respiratorios e inicio de fiebre hoy con 38°C. La familia niega sensación de asfixia ni disnea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración presenta R. E. G. , BHYP, eupneico en reposo, palidez mucocutánea, febrícula de 37.8, Ventimask al 35% a 9 litros con Sat. O2 del 99%, basal en 88%. F. C. 100 Lpm, T/A 125/64. ACR: tonos rítmicos sin soplos audibles, MV disminuigo globalmente. Roncus dispersos en ambos hemitórax, abdomen blando depresible, sin masas ni megalias palpables, no doloroso a la palpación, RHA conservados. MMII: amputación en ambos MMII sin edemas ni signos de TVP. La analítica BQ: glucosa 288, urea 82, Cr 1.4, Na 134, K 5.74, LDH 264, PCR 77.7, Procalcitonina 0.41. Hemograma con Hb 13, leucos 17.570, Plaquetas 244.000; Coagulación con INR 1.20, Fibrinógeno 647. GSA Ph 7.39, PO2 69. Orina normal. Rx con se observan condensaciones ni derrames.

**JUICIO CLÍNICO:** Hiperglucemia mal controlada. Probable infección respiratoria no condensante, hipertotasemia leve. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso hay que controlar los parámetros de glucemia e iniciar tto ATB para solucionar la infección respiratoria, haciendo un diagnostico diferenciado con otras patologías sobre todo de origen vírico.

**CONCLUSIONES:** El paciente quedará ingresado para tto antibiótico, hidratación y control de la glucemia. Se solicitan Hemocultivos seriados, cultivo de esputo, Ag de Neumococo y de Legionella y analítica de control.

**PALABRAS CLAVE:** DEPENDIENTE, HIPERGLUCEMIA, INFECCIÓN RESPIRATORIA, ANTIBIÓTICO, AMPUTACIÓN.

## TUMORACIÓN EN CAVIDAD ORAL EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO

HELENA BERMEJO RUIZ, NOELIA MUÑOZ VADILLO, ISABEL PEREZ LOZA, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 38 años, fumador de 30 paquetes/año, sin otros antecedentes de interés que acude a nuestra consulta por aparición de tumoración en cavidad oral de varias semanas de evolución. No dolor ni sangrado. No otra sintomatología acompañante.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la visión directa se observa tumoración en el lado izquierdo del paladar blando de aproximadamente 1,5 centímetros, blanquecino y de consistencia rugosa. Dado los antecedentes de tabaquismo del paciente se remite al paciente a consultas externas de otorrinolaringología para valoración. Se realiza biopsia-exéresis de la lesión y, se concluye tras anatomía patológica de la misma el diagnóstico de papiloma.

**JUICIO CLÍNICO:** Papiloma córneo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Condiloma acuminado, carcinoma verrucoso, hiperplasia epiteliales focales, verrugas, fibroma de células gigantes.

**CONCLUSIONES:** El papiloma, de naturaleza epitelial, es el tumor benigno más frecuente de la cavidad oral. Aparecen a cualquier edad, sin distinción en cuanto a sexo. En su etiología está implicado la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo los tipos 6 y 11, los más habituales. Se observan coilocitos, acantosis y queratosis en su estudio anatomopatológico. Desde el punto de vista clínico, se caracterizan por ser lesiones rugosas, habitualmente menores de 1 cm y de coloración blanco-rosácea. Su localización más frecuente es el velo del paladar y la lengua (menos frecuente en cara interna de las mejillas, labios y encías). En su diagnóstico es fundamental la realización de biopsia de la lesión con el fin de obtener un correcto diagnóstico diferencial. Es conveniente la extirpación de la misma y, de esta manera, evitar recidivas.

**PALABRAS CLAVE:** PAPILOMA, VIRUS, HUMANO, BOCA, NEOPLASIAS, BIOPSIA.

## CUIDADOS HOSPITALARIOS EN POST BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA

JUAN JOSÉ MORALES GARCÍA, FRANCISCO JAVIER PÉREZ ROMERA, ISABEL CORDOBA LOPEZ

**INTRODUCCIÓN:** Es un procedimiento realizado en quirófano consistente en hacer una punción del hígado para obtener una muestra de tejido para su estudio. Fundamentalmente su indicación es el diagnóstico de determinadas enfermedades hepáticas o su confirmación, evaluar el pronóstico y tomar decisiones sobre tratamientos a seguir.

**OBJETIVOS:** Conocer las diferencias en las recomendaciones sobre cuidados en la post biopsia hepática percutánea.

**METODOLOGÍA:** La metodología empleada es la realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos seleccionadas: MEDLINE, PubMed, CUIDEN. La búsqueda esta acotada en español desde periodo comprendido desde 2005 hasta 2016, así como datos relevantes de distintas fuentes con repercusión.

**RESULTADOS:** Tras analizar diversas fuentes se concluye que todas las recomendaciones se basan en una línea básica de cuidados que contemplan: - Reposo absoluto en cama en decúbito lateral derecho y supino posteriormente. - Dieta absoluta tras intervención. - Control de constantes y signos de alarma por enfermería. - Administración de analgesia en caso de dolor. - Alta precoz.

**CONCLUSIÓN:** Todos los textos revisados manejan el esquema básico pero difieren en ciertos aspectos: El tiempo de permanencia en decúbito lateral y posibilidad de asistencia a baño. Analgesia de elección. Tiempo de dieta absoluta y progresión de dieta. Tiempo de postoperatorio hasta el alta. Nuestro hospital emplea una fórmula conservacionista al respecto sin embargo en casos necesarios de altas precoces por ocupación hospitalaria de crisis sería viable adaptar el mismo en cuanto a la reducción de tiempo de ingreso como protocolo alternativo.

**PALABRAS CLAVE:** BIOPSIA, HEPATICA, PERCUTANEA, PLANTA.

## FENÓMENO DE RAYNAUD: A PROPÓSITO DE UN CASO

HELENA BERMEJO RUIZ, ISABEL PEREZ LOZA, LUCÍA PILAR SALAG RUBIO, NOELIA MUÑOZ VADILLO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 23 años sin antecedentes personales de interés que presenta episodios de cianosis y palidez en regiones distales de dedos de las manos de minutos de duración. Posteriormente eritema en dichas zonas. A veces se acompaña de hipoestesia y parestesias. Dichos episodios se desencadenan y empeoran con el frío. No otra sintomatología acompañante.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física sin hallazgos de interés. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y VSG normal. Estudio inmunológico con anticuerpos negativos. Capilaroscopia normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Raynaud primaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esclerodermia, LES, Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, fármacos (betabloqueantes, ciclosporina, derivados ergotamínicos), hipotiroidismo, feocromocitoma.

**CONCLUSIONES:** El fenómeno de Raynaud se caracteriza por episodios repetidos de vasoconstricción de las arterias distales de las regiones acras del cuerpo. De predominio femenino, afecta a aproximadamente un 5% de la población. Aparece en la 3ª-4ª década de la vida y puede tener un componente hereditario. Se manifiesta por la secuencia sucesiva de palidez y cianosis de las zonas distales (por vasoconstricción) y posteriormente eritema (vasodilatación). Su localización más frecuente son los dedos de las manos, aunque también puede suceder en pies, labios, orejas y nariz. En un 90% de los casos es primario (idiopático) y el 10% restante, secundario (cuando aparece en el contexto de una enfermedad sistémica, generalmente reumatológica). Su diagnóstico se basa en la clínica y en una correcta anamnesis y exploración física. Como pruebas complementarias es preciso realizar una analítica que incluya factor reumatoide y anticuerpos antinucleares con el fin de descartar un origen secundario. Además, la capilaroscopia es una técnica no invasiva que nos informa del estado de la microcirculación de los dedos. Se trata con medidas generales como evitar el frío, abstención tabáquica, evitar situaciones de estrés y no tomar sustancias con efecto vasoconstrictor. Como tratamiento farmacológico se consideran los antagonistas del calcio de primera elección.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMEDAD DE RAYNAUD, VASOCONSTRICCIÓN, ANTICUERPOS ANTINUCLEARES, ESCLERODERMIA SISTÉMICA, NIFEDIPINO.

## **SARCOIDOSIS CRÓNICA: ESTUDIO Y VALORACIÓN DIAGNÓSTICA**

CRISTINA FORNELL CHUMILLA, MARIA YOLANDA BARO BARRIOS, JUAN JOSE TORRES TORRES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente, varón de 55 años de edad, que acude al hospital por presentar fuertes dolores articulares, especialmente en tobillos y rodillas, que le dificultan la deambulación. Presenta también ligera dificultad respiratoria con tos productiva.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se le hace una exploración física, valorando ruidos respiratorios anormales, adenopatías y movilidad articular en tobillos y rodillas. Las pruebas complementarias fueron: Análisis de sangre: HB: > 400 por mcl, GB > 11,000 por mcl, ECA elevada e hipercalcemia (valores destacados). RX Tórax: Con imagen de inflamación en ganglios linfáticos. Espirometría Broncoscopia. TAC Tórax.

**JUICIO CLÍNICO:** Sarcoidosis crónica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inicialmente, con los síntomas del paciente, se sospechó de un episodio de artritis reumatoide. Pero tras resultados de analítica y Rx de Tórax, se encontró hallazgos para sospechar de Sarcoidosis crónica.

**PLAN DE CUIDADOS:** El plan de cuidados se basó en tratamiento farmacológico: Antiinflamatorios, preparados de Cortisona y Oxigenoterapia.

**CONCLUSIONES:** En el 95% de los casos, la Sarcoidosis crónica suele curarse mediante un tratamiento con cortisona. El 5 % de los pacientes fallecen a causa de Sarcoidosis crónica, sobre todo, si ésta, ha afectado al cerebro, al corazón y/o con mucha afectación a los pulmones. Esto nos hace pensar, que el estudio de una sintomatología con pruebas complementarias. Especialmente estudio pulmonar, nos garantiza que esta enfermedad no siga evolucionando hasta dañar profundamente los pulmones, u otros órganos vitales como el cerebro o el corazón, pudiendo provocar la muerte del paciente. Su tratamiento con cortisona es vital para su curación y desaparición de esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** SARCOIDOSIS, ESTUDIO CLÍNICO, GRANULOMAS, PULMONES.

## LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

MARIA DEL CARMEN ROSA GARCIA, SERGIO FRANCISCO RODRÍGUEZ PEREZ, JESÚS MARTÍN HUMANES

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es un problema importante que demanda la atención del profesional de la salud; y dado que muchas personas tienen un fuerte temor al cáncer, efectuar pruebas de detección para cualquier problema de salud relacionado con un proceso canceroso puede convertirse en un desafío. Los tres aspectos importantes de la detección sistemática del cáncer mamario comprende; el autoexamen de mamas, el examen clínico de mamas y el uso de estudios radiográficos como mamografía, ultrasonido, tomografía axial computarizada, entre otras.

**OBJETIVOS:** Determinar las pautas para la autoexploración mamaria para la detección precoz del cáncer de mama.

**METODOLOGÍA:** Estudio de búsqueda bibliográfica en las bases de datos Index enfermería, Cuiden y Pudmed de enero de 2007 a mayo de 2017. DeCS: Cáncer de mama, autoexploración mamaria, prevención primaria. Tipos de estudios: transversales, revisiones bibliográficas y guías de práctica clínica.

**RESULTADOS:** El autoexamen mamario debe realizarse siempre cinco días después de la menstruación, de no menstruar elija un día fijo para hacerlo. Se debe realizar en primer lugar un examen visual frente al espejo. Posteriormente se realizará un examen manual y de observar algo que antes no habías visto o sentido acude a consulta médica.

**CONCLUSIÓN:** El autoexamen de mama es indispensable tanto para promover la detección de anormalidades en la mama y así actuar de manera oportuna en caso de que se trate de cáncer mamario, como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer. Por lo tanto es necesario campañas educativas para que la población esté mejor informada respecto a la técnica y a la importancia del autocuidado.

**PALABRAS CLAVE:** CÁNCER DE MAMA, PREVENCIÓN, MAMOGRAFÍA, AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.

## **RECONOCIMIENTO PRECOZ Y TRATAMIENTO EN PACIENTE CON INDICADORES DE SEPSIS EN EL REINO UNIDO**

TANIA AGULLO OLIVER, LUIS LOPEZ PEREZ

**INTRODUCCIÓN:** En todos hospitales del Reino Unido se han establecido protocolos para la detección y atención temprana de sepsis desde 2015 dada la elevada tasa de mortalidad en pacientes con sepsis y cuya mortalidad era potencialmente evitable.

**OBJETIVOS:** Identificar protocolos estandarizados para el reconociendo y tratamiento precoz de los pacientes con sepsis para reducir la elevada tasa de mortalidad.

**METODOLOGÍA:** Las bases de datos utilizados: NHS, y GOV. Los protocolos publicados en el Sepsis Summit: Implementing the New National Quality Standard, el NHS Uk y The Uk sepsis trust. Búsqueda a través de internet. Palabras clave “Sepsis + Uk + protocols + rate”.

**RESULTADOS:** Los resultados sobre la utilización de dichos protocolos en la primera hora tras el reconocimiento del paciente con posible sepsis apuntan a una reducción drástica en las tasas de mortalidad. Dichos protocolos de actuación se aplicaron principalmente en los departamentos de Urgencias de Reino Unido, observando que numerosos estudios confirman la asociación entre la aplicación de dichos protocolos y la reducción en la mortalidad. La bibliografía revisada también confirma que los pacientes sépticos con elevado nivel en el lactato no corregido rápidamente así como los pacientes a los que no se les han administrado antibióticos intravenosos en las primeras horas aumentan las tasas de mortalidad asociadas a shock séptico. Los protocolos introducidos por el NHS incluyen un rápido reconocimiento del paciente séptico basándose en 6 puntos claves, y el protocolo de actuación que incluirá ente otros la administración de antibioticoterapia intravenosa de alto espectro. Durante todo el protocolo de actuación el paciente debe ser monitorizado para comprobar sus constantes vitales y poder optimizar dicho protocolo de actuación de manera efectiva y segura.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados publicados por varios medios indican una reducción en las tasas de mortalidad en pacientes tratados en la primera hora tras el reconocimiento precoz de sepsis.

**PALABRAS CLAVE:** SEPSIS, RECONOCIMIENTO, PRECOZ, REINO UNIDO.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS REALIZACIÓN DE ENDOSCOPIA**

ENCARNACION MARTINEZ AMOROS, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** La recuperación del paciente tras realizar una prueba de endoscopia es un punto muy importante para el personal enfermo que lleva a cabo la unidad de recuperación y que requiere un máximo cuidado y vigilancia del paciente.

**OBJETIVOS:** Analizar los cuidados necesarios para su pronta recuperación.

**METODOLOGÍA:** Se realizan un estudio transversal durante un mes en el año 2016, en un hospital de Almería. Con una muestra de 100 pacientes a los que se les realizó la prueba. Con variables de estudio tales como : sexo, edad, toma de constantes, valoración del paciente y si presenta dolor.

**RESULTADOS:** Más del 60%de pacientes no tuvo ninguna complicación durante la realización de la prueba. El 40% no tenía ninguna alteración de las constantes vitales. En más del 50% de los casos el paciente salió de la unidad de recuperación muy satisfecho con los cuidados que se le habían aplicado por el personal de enfermería.

**CONCLUSIÓN:** Siguiendo el trabajo planificado y con ayuda de protocolos de la unidad se logró devolver al paciente a su estado basal. El personal de enfermería será responsable de ofrecer un cuidado integral y de calidad al paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE, PRUEBA, ENFERMERA, MEDICACIÓN.

## TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE ONCOLÓGICO

ARACELI ANTON SANTORUM, PEDRO DELGADO RODRIGUEZ, ANA MARIA DURAN ALONSO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 70 años con antecedentes de alergia al ciprofloxacino, HTA, DM-2, no DLP, SAOS en tto con CPAP, polineuropatía axonal de predominio sensitivo y grado intenso en MMII en probable relación con su diabetes. Ecodoppler en 2012 diagnóstica Ateromatosis Carotídea Bilateral, AOC distal bilateral y en estudio por MAP de anemia. Diagnosticado recientemente de Glioblastoma grado IV que neurocirugía valoró y derivó a Oncología radioterápica para planificar tto. Independiente ABVD, no deterioro cognitivo. Acude a urgencias por sensación disneica. No ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No dolor ni cortejo vegetativo. No fiebre en días previos. No trastorno intestinal. No clínica miccional ni otra sintomatología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Aceptable estado general, C-O-C, eupneico en reposo, Sat O<sub>2</sub> 91% basal, FC 80 lpm, T/A 144/79, afebril. AC con tonos rítmicos y sin soplos. AP con MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso. RHA conservados, MMII con edemas perimaleolares con fóvea. No signos de TVP. El TAC de Tórax presenta hallazgos compatibles con TEP de ramas segmentarias de ambas arterias pulmonares. Patrón en mosaico en ambos campos pulmonares de origen vascular, congruente con el contexto de TEP. Analítica: BQ con glucemia en 294, urea 35, creatinina 0.9, Na 140, k en 4.41, Proteínas totales 7.07, LDH 344, PCR 88.2. Hemograma con Hb 12, leucocitos 7.790, Plaquetas 242.000 Y coagulación con INR 1.34, TPTA 184.9, Fibrinógeno 508 y Dímero D 2.094 Mg/l.

**JUICIO CLÍNICO:** T. E. P. Bilateral. Glioblastoma grado IV OMS con IDH1 no mutado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se podría sospechar de una insuficiencia cardíaca descompensada o de un proceso secundario relacionado con el Glioblastoma pero tras el TAC y el resultado analítico se descarta como diagnóstico principal.

**CONCLUSIONES:** La conclusión en este caso viene referida básicamente a la pronta realización del TAC y del Dímero D para acelerar el proceso diagnóstico y el rápido inicio del tratamiento terapéutico necesario.

**PALABRAS CLAVE:** TEP, ONCOLOGIA, DIMERO D, TAC, SAOS.

## ANÁLISIS DE ORINA EN EL LABORATORIO: UROCULTIVO

MARIA DEL ROCIO COTÁN MACÍAS, PATRICIA RAMOS ALCAIDE, AMANDA ORTEGA PINA

**INTRODUCCIÓN:** La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones y excretado al exterior por el aparato urinario, eliminando así residuos del trabajo celular, sustancias indeseables e incluso el exceso de agua en sangre. Hay varios tipos de examen orina como el análisis de orina donde se estudia leucocitos, sangre, pH, etc. Y la orina que se estudia de 24 horas.

**OBJETIVOS:** Analizar el proceso de análisis de gérmenes y bacterias en muestras de orina.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Primero recolectamos nuestras muestras problemas, sembraremos con asa desechable por el método de siembra en estría masiva en placas de agar y dejaremos en estufas de cultivo alrededor de 24 a 48 horas. Si pasadas las 48/72 horas de la siembra, se cuentan más de 100.000 Colonias de bacterias (unidades formadoras de colonias: UFC), el resultado será positivo, si por el contrario no se recuentan unidades formadoras de colonias, el resultado será negativo.

**CONCLUSIÓN:** El análisis de orina, urocultivo, es un análisis beneficioso para la detención de bacterias u otros gérmenes en orina, pero para el cual necesitaremos saber la sintomatología del paciente, no es beneficioso la petición de este estudio sin síntomas aparentes del paciente en el tracto urinario de dichos gérmenes.

**PALABRAS CLAVE:** ORINA, LABORATORIO, UROCULTIVO, CUANTIFICACIÓN, INFECCIONES, ANÁLISIS.

## **ECOENDOSCOPIA-PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS NEOPLASIAS PANCREÁTICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

SILVIA MANCEBO TORRES, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, CARMEN RANEA TORREGROSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 74 años con intolerancia a corticoides, AINEs y Metamizol, con antecedentes personales de hipertensión arterial y glaucoma. Fumadora de 20 cig/día, actualmente < 5 cig/día desde hace 3 años. No bebedora. Intervenida de un carcinoma escamocelular infiltrante. Diagnóstico reciente mediante Tomografía Computerizada (TC) de sospecha de neoplasia en cuerpo pancreático con carcinomatosis peritoneal. Acude de forma programada para realización de Ecoendoscopia para toma de biopsia para confirmación histológica; además de neurólisis del plexo celíaco por dolor refractario a analgesia convencional.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TAC DE ABDOMEN: Lesión nodular mal definida de aproximadamente 30x37 mm en el cuerpo del páncreas y carcinomatosis peritoneal con ascitis. Ecoendoscopia Digestiva Alta: Se explora la vía biliar a nivel de bulbo duodenal y segunda porción duodenal. A nivel de cuerpo de páncreas se visualiza una masa heterogénea ya descrita en el estudio previo que engloba la vena esplénica. Se realizan 3 pases con aguja de ecoendoscopia de tipo Sharkcore de 22G obteniendo abundante material para estudio. Seguidamente se realiza bloqueo del plexo celíaco con bupivacaina y 80 mg de triamcinolona a través de aguja de ecoendoscopia.

**JUICIO CLÍNICO:** Neoplásia de páncreas. Confirmación histológica de Neoplasia de cuerpo de páncreas mediante punción guiada por ecoendoscopia y bloqueo del plexo celíaco para paliar dolor oncológico refractario. **PLAN DE CUIDADOS:** Se comenta el caso en Comité Multidisciplinar, derivándose a cargo de Oncología, para valorar quimioterapia paliativa. El dolor abdominal cede tras el procedimiento, aunque requiriendo analgesia continua con opiáceos transdérmicos.

**CONCLUSIONES:** En el análisis de las muestras se evidenció un estroma desmoplásico y nidos epiteliales de núcleos atípicos, sugestivo de adenocarcinoma infiltrante.

**PALABRAS CLAVE:** ONCOLOGÍA, NEOPLASIA PANCREÁTICA, ECOENDOSCOPIA, DOLOR ABDOMINAL.

## ESTUDIO ACERCA DE CÓMO SE OCUPA EL LABORATORIO DE URGENCIAS

ARANCHA MEDINA DE CARA, ANA ISABEL CONTRERAS ÚNICA, ADRIAN TORRES RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** La filosofía de la organización del laboratorio de urgencias es proporcionar información analítica -interconsulta- a las urgencias médicas. Así pues en sentido estricto el laboratorio de urgencias es el que se encarga de determinaciones cuyo resultado pueda decidir una intervención médica directa. La realización de un análisis urgente viene dada por dos motivos: la necesidad de establecer un diagnóstico. Para ver los cambios del organismo ante una terapia necesitada.

**OBJETIVOS:** Determinar pautas para validar la técnica facultativa y ofrecer resultados fiables en tiempos de respuesta adecuados para proporcionar información útil en la toma de decisiones clínicas.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos .

**RESULTADOS:** El método utilizado en el laboratorio de urgencias es igual que en un laboratorio general, la única diferencia es el tiempo. En el laboratorio de urgencias solo se atienden casos clínicos que como su nombre indica son urgentes. El facultativo pide la prueba necesaria para el diagnóstico, esta llega directa al laboratorio con el tipo de muestra a estudiar, y se realiza lo antes posible para poder dar el resultado obtenido directamente al médico. Las muestras a estudiar en un laboratorio de urgencias son: sangre, suero, plasma, orina, material fecal y LCR. Todas estas muestras tienen unos valores normales, si alguno de estos sale alto o bajo indica una posible alteración o patología que debe ser informada inmediatamente al facultativo.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión podemos destacar la importancia de un laboratorio de urgencias en cualquier hospital, gracias a los materiales de este y sus técnicos podemos analizar las muestras en un corto intervalo de tiempo y actuar inmediatamente y con seguridad ante cualquier patología.

**PALABRAS CLAVE:** LABORATORIO, URGENCIAS, INTERCONSULTA, PRUEBAS, ANÁLISIS.

## **PREPARACIÓN AL PACIENTE PREVIA A ENDOSCOPIA A CARGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

ENCARNACION MARTINEZ AMOROS, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA DEL MAR DAMIÁN LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** La entrevista al paciente es fundamental para ofrecerle una atención especial y es importante conocer el estado basal del paciente antes del procedimiento para evitar riesgos y solucionarlos lo antes posible las complicaciones que puedan surgir.

**OBJETIVOS:** Analizar la evidencia científica ante la preparación al paciente previa a endoscopia a cargo del personal de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio descriptivo transversal en el que se coge una muestra de 100 pacientes a los que se les va a realizar la prueba, durante el mes de julio en el año 2017. Se recogen variables tales como sexo, edad, alergia a medicamentos, enfermedades que padecen y tratamiento, hábitos tóxicos, posible embarazo, explicamos riesgos de la prueba.

**RESULTADOS:** El 50% de los pacientes tienen más de 45 años y son mujeres más de 80% de las pruebas realizadas. El 60% no tenía claro para qué se realizaba la prueba. El 40 % desconoce los riesgos. El 80% de los pacientes conocen la preparación de la prueba y los posibles riesgos.

**CONCLUSIÓN:** Para asegurar la calidad y seguridad de los pacientes de los pacientes es muy importante realizar una buena entrevista clínica. Tener buena comunicación con el paciente y sobre todo seguir los protocolos establecidos por la unidad.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, PACIENTE, PREPARACIÓN, PRUEBA.

## LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO

DANIEL BÁRCENAS VILLEGAS, MARIA NAZARET MARTÍN MORO

**INTRODUCCIÓN:** La contención mecánica es un procedimiento utilizado desde antaño para controlar el movimiento/comportamiento de los pacientes agitados. Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía del paciente al limitar su libertad, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional.

**OBJETIVOS:** Determinar en qué circunstancias se aplica la contención mecánica en el ámbito hospitalario. Identificar las patologías clínicas que son más proclives a la inmovilización de pacientes y su incidencia por servicio.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo-transversal de corte, llevándose a cabo un seguimiento de los pacientes que se encontraban en el hospital del Aljarafe desde el 11 de febrero hasta el 2 de marzo de 2016, encontrándonos con un total de 1089 pacientes, de los cuales 25 presentaban algún tipo de contención mecánica. Se utilizó para el análisis SPSS v21 y Excel.

**RESULTADOS:** El 64% de los pacientes estudiados eran mujeres, el 40% sobrepasaba los 80 años de edad. La mitad de los casos se realizaron en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y el resto en Medicina Interna y el 96% fue indicado por enfermería. La patología más frecuente fue la disnea mixta (12%); el 68% tenía asociado algún fármaco y el 92% no tenía descrito consumo de tóxicos previo. El 36% tenía demencia.

**CONCLUSIÓN:** El planteamiento de contención en los pacientes está asociado a patologías graves y a la edad más que a situaciones de demencia previa o sexo. Sería necesario incidir en la formación de los profesionales para unificar los criterios de indicación de contención mecánica.

**PALABRAS CLAVE:** CONTENCIÓN MECÁNICA, SUJECCIÓN MECÁNICA, PACIENTE AGITADO, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, DEMENCIA, CONTENCIÓN.

## **ACTUACIÓN ANTE PACIENTE PLURIPATOLÓGICA CON DIAGNÓSTICO DE GRIPE A: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARIA ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, EVA MARIA SERRANO ARAGON, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, JOSEFA ORTIN CORTÉS, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA SÁNCHEZ, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 82 Años que consulta por fiebre, disnea y tos de días de evolución. Intolerancia a cefalosporinas y metronidazol, HTA, DM tipo 2 de más de 10 años de evolución sin tratamiento en la actualidad, poliartrosis, cardiopatía hipertensiva, encefalopatía vascular crónica, con ictus en 2006 con hemiparesia derecha espástica residual, demencia y parkinsonismo, portadora de sonda de gastrostomía desde enero de 2014 por disfagia de origen neurológico, infecciones urinarias de repetición y broncopatía crónica y síndrome de hipoventilación-obesidad. Vida cama-sillón, dependiente para todas las actividades de la vida diaria. Deterioro cognitivo moderado, con periodos de desorientación y agitación nocturna. Precisa pañales. Paciente dada de alta hace una semana por neumonitis aspirativa recidivante.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Estable hemodinámicamente dentro de situación basal (anciana frágil). PA 116/55mmHg; Sat O2 93% con gn a 2 lpm, Eupnéica en reposo. Ha presentado buena diuresis espontánea y deposición de características normales macroscópicamente. Analítica completa a su llegada a Puerta de urgencias, Rx de Tórax sin condensaciones agudas y se realiza Test de la Gripe: PCR positiva para Gripe A.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección respiratoria por gripe A. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A descartar nueva infección respiratoria.

**PLAN DE CUIDADOS:** Como pruebas complementarias se cursan Hemocultivos, Urocultivo, Coprocultivo, Cultivo de esputo, Antígeno de Neumococo y Legionella en orina y Serología. Se realizan: Electrocardiograma de control, Rx de Tórax, Rx de Abdomen y Ecografía abdominal. Cura de herida crónica: UPP en Sacro, Estancada. Vigilancia de la piel, zonas de prominencias óseas y encamamiento, dermatitis del pañal y barreras de protección. Cura de periestoma gastroye y unostomía c/48h con antiséptico.

**CONCLUSIONES:** En planta se adoptan medidas de aislamiento respiratorio, con restricción de visitas, contenedor de residuos en habitación y uso de mascarilla y batas desechables.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, FIEBRE, DEPENDENCIA, GRIPE, INFECCIÓN.

## PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN UTILIZANDO ESCALAS DE VALORACIÓN

DAVID LOBILLO LÓPEZ, ROCIO GALVEZ LUCENA, MÓNICA FERNANDEZ MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes, producidas por una presión prolongada o una fricción entre una superficie externa y un plano óseo o cartilaginoso. Las UPP son un motivo de sufrimiento para quienes las padecen y para sus familiares. También suponen un problema importante para el sistema sanitario: prolongan la estancia de los pacientes en los hospitales, incrementan el coste de los procesos. Favorecer la comunicación entre los equipos de cuidados del centro. Racionalizar el consumo de recursos sanitarios. Mejorar la atención entre el profesional sanitario, el paciente y sus cuidadores. Facilitar la implantación de proyectos para la reducción de la incidencia y la prevalencia del hospital.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía acerca de la prevención de úlceras por presión utilizando escalas de valoración.

**METODOLOGÍA:** Realizamos una búsqueda bibliográfica en PUBMED, FISTERRA y con la guía del Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas, donde se reúnen las bases de cómo ha de realizarse una buena prevención, con el objetivo de reducir la incidencia aplicando medidas como la aplicación de Ácidos grasos hiperoxigenados, las superficies especiales del manejo de la presión, cambios posturales, dispositivos locales de alivio de la presión y uso de Escalas de Valoración, como son Braden, Norton y Emina. Las EVRUPP son instrumento para valorar y tomar decisiones. La escala de Braden tiene una capacidad predictiva. La escala EMINA presentan un valor predictivo.

**RESULTADOS:** Identificación adecuada de pacientes que tienen riesgo de padecer UPP. Disminuir la incidencia de UPP. Formación de los profesionales.

**CONCLUSIÓN:** Con la aplicación de una buena valoración de enfermería clasificaríamos a los pacientes en función del grado de riesgo, identificaríamos de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a los factores de riesgo y junto con la aplicación de los métodos de prevención reduciendo estancia hospitalaria y mejorando calidad asistencial.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERA POR PRESIÓN, PREVENCIÓN, CUIDADOS, ESCALAS DE VALORACIÓN.

## LITIASIS VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

INMACULADA LÓPEZ JIMÉNEZ, RAQUEL ANDREU LLOPART, SOLEDAD LÓPEZ CONTRERAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Ingreso procedente de urgencias por intenso síndrome miccional junto con dolor suprapúbico, tenesmo vesical y hematuria pendiente de intervención quirúrgica para adenomectomía y litrofragmentación de litiasis vesical. No RAF. Gastritis antigua. Temblor postural. Reuma. Síndrome prostático actualmente sin tratamiento. Quirúrgicos: Fístula anal. Quiste en mano derecha (articulación metacarpo falangia 2º dedo). Urológicos: Circuncidado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración física se realiza la palpación del abdomen y la puño-percusión renal de la fosa renal dolorida lo que incrementa el dolor en el paciente al percutirla suavemente en la zona lumbar. Se realiza análisis de orina y sangre. Se solicita radiografía simple del abdomen, ultrasonido pélvico y urografía intravenosa.

**JUICIO CLÍNICO:** Litiasis vesical aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El paciente fue programado y sometido a intervención quirúrgica mediante adenomectomía transvesical tipo Freyer y extracción de al menos 5 litiasis vesicales menores de 2cm.

**CONCLUSIONES:** El paciente es dado de alta tras realización de adenomectomía transvesical. Se recomienda abundante ingesta de líquidos. Analgesia habitual si dolor. Reposo relativo. Curas diarias de la herida en su centro de salud presionando bien los bordes para posible extracción de seroma residual aplicando suero y betadine dejando punta de gasa mechada junto a la retirada de grapas en su centro de salud a criterio de enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** LITIASIS VESICAL, DOLOR SUPRAPÚBICO, HEMATURIA, DIAGNÓSTICO, VALORACIÓN.

## **PLAN DE CUIDADOS EN EL PROCESO ANESTESICO SEGÚN METODOLOGIA NANDA-NIC-NOC**

ROSA MARIA CORONIL HERNÁNDEZ, ARIANA VELASCO FERNANDEZ, MANUELA FERNANDEZ RODRIGUEZ, PATRICIA GONZALEZ MODROÑO, SERGIO OBESO CASTRO

**INTRODUCCIÓN:** El plan de cuidados de enfermería para pacientes en un proceso anestésico.

**OBJETIVOS:** Con este plan de cuidados pretendemos determinar medidas para garantizar la atención individualizada a cada paciente por parte del personal enfermería anestésica y analizar las complicaciones con antelación.

**METODOLOGÍA:** Describimos los principales diagnósticos de enfermería en el paciente quirúrgico y lo realizamos mediante revisión bibliográfica basándonos en las necesidades básicas de Virginia Henderson y relacionándola con los resultados y las intervenciones de enfermería según la taxonomía NANDA interrelacionados con el NIC y el NOC.

**RESULTADOS:** Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica y por tanto anestesia requieren una vigilancia extrema por su inestabilidad y compromiso vital por parte del personal de enfermería de anestesia por lo cual es importante una planificación de cuidados que nos permita unificar cuidados, garantizar la atención integral del paciente así como mejorar la calidad asistencial. Diagnósticos de enfermería necesarios que nos permitan actuar con la mayor eficiencia en quirófano.

**CONCLUSIÓN:** El proceso anestésico esta ideado para que ofrezca una homogenización de la actuación del personal quirúrgico de anestesia ,aplicando el método científico a la practica asistencial y que sea practico, lógico y sistemático a la vez que eficaz.

**PALABRAS CLAVE:** PLAN DE CUIDADOS, NIC, NOC, NANDA, ENFERMERIA DE ANESTESIA.

## ÚLCERA POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

ISABEL RIOS PADILLA, JUANA MARÍA LÓPEZ REYES, JOSEFA POZO GONZALEZ

**INTRODUCCIÓN:** La UPP se asocian a una mayor morbi-mortalidad de los pacientes, por ello hay que tomar medidas de precaución. La primera medida es identificar a los pacientes susceptibles de desarrollar UPP, por lo que es de gran utilidad el uso de escalas que miden el riesgo, de este modo se podrán instaurar precozmente los cuidados necesarios.

**OBJETIVOS:** Valorar el grado de riesgo que presentan los pacientes UCI de desarrollar UPP, mediante la escala de Waterlow. Identificar los pacientes con UPP y analizar si existe relación con el grado de riesgo obtenido en dicha escala. Analizar los cuidados aplicados para su prevención.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, que ha analizado el riesgo de desarrollar UPP en 91 pacientes con una estancia superior a 3 días, por ello se utilizó dicha escala que incluye 14 factores de riesgos. Del mismo modo se recogieron datos sociodemográficos, causa de ingreso, pacientes con UPP, localización y grado de úlcera y cuidados aplicados.

**RESULTADOS:** El grado de riesgo obtenido en la escala fue: 8 sin riesgo, 23 con riesgo, 29 alto riesgo y 31 muy alto riesgo. 13 Pacientes presentaron úlceras de los que 10 la tenían al ingreso, su puntuación obtenida en la escala fue de riesgo 2, alto riesgo en 5 y muy alto riesgo en los 6 restantes. No se ha encontrado asociación entre edad, sexo, diagnóstico médico o quirúrgico y presencia de úlceras.

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes del estudio tenían alto riesgo de desarrollar UPP, todos los que la presentaron tenían riesgo de desarrollarla, y la baja incidencia de úlcera obtenida permite considerar apropiado el protocolo de cuidados.

**PALABRAS CLAVE:** ÚLCERAS DE DECÚBITO, VALORACIÓN DE RIESGOS, ESCALA DE WATERLOW, FACTORES DE RIESGO, PLAN DE CUIDADO.

## **ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE CON NEUMONÍA**

JOSE RAUL GONZALEZ LORENTE, JAVIER ALEX MUÑOZ, MARIA LUZ LÓPEZ RAMÓN, ESTHER LIRIA GARCÍA

**INTRODUCCIÓN:** La neumonía es la inflamación de las vías respiratorias bajas, afectando al parénquima pulmonar, tejido intersticial y alveólos. Este proceso inflamatorio de origen infeccioso puede ser provocado por diferentes microorganismos como bacterias, virus y hongos. Las enfermedades crónicas, los hábitos tóxicos como el tabaquismo o el alcohol, la malnutrición, el exceso de peso, demencia y síndromes geriátricos, aumentan la complejidad y la mala evolución de la misma.

**OBJETIVOS:** Conocer los principales síntomas característicos de la neumonía y llevar a cabo los criterios de actuación enfermeros y fisioterapéuticos en los cuidados de estos pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Medline, Cuiden.

**RESULTADOS:** Se realizó un estudio de casos en un adulto sin antecedentes reseñables, donde se identificaron las necesidades alteradas, se corrigieron y se rehabilitó al paciente por medio de conocimientos y procedimientos con la finalidad de recobrar la salud lo antes posible. Se diseñó un plan de cuidados individual centrado en el patrón respiratorio, usando las taxonomías (NANDA, NIC y NOC) y se demostró que el patrón respiratorio ineficaz obtiene un resultado positivo, disminuyendo la dificultad respiratoria, manteniendo las saturaciones, eliminando secreciones y permitiendo la permeabilidad de las vías aéreas.

**CONCLUSIÓN:** Es de gran importancia que los cuidados que el personal de enfermería y fisioterapia que se realicen sean eficaces, oportunos e integrales, centrados en identificar las necesidades alteradas mediante la aplicación de procesos de atención de enfermería y las técnicas de fisioterapia respiratoria, ya que constituyen una herramienta básica para satisfacer las necesidades del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** NEUMONÍA, NANDA, PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ, PERMEABILIDAD DE VÍAS AÉREAS.

## ALTAS CAPACIDADES Y DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT

**INTRODUCCIÓN:** Algunos individuos con altas capacidades pueden presentar también trastornos específicos del aprendizaje como la dislexia, la discalculia o trastornos de la escritura. En estos casos hablamos de individuos con doble excepcionalidad. Esta combinación suele ser poco apreciable en el aula, lo que conlleva una inadecuada respuesta a un colectivo con necesidades específicas.

**OBJETIVOS:** Determinar las características del colectivo que presenta doble excepcionalidad por altas capacidades y dificultades de aprendizaje (AC/DA). Especificar cuál es su incidencia en la población.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en diversa bases de datos, como Dialnet y el buscado de Google Escolar. Las palabras clave utilizadas han sido “altas capacidades” junto con “dificultades de aprendizaje”, “trastornos de aprendizaje” y “doble excepcionalidad”.

**RESULTADOS:** Aproximadamente un 14% de los niños con altas capacidades presenta desordenes de aprendizaje. Las dificultades de aprendizaje suelen enmascarar en estos casos su alta capacidad, de manera que estos alumnos presentan un desarrollo académico desigual. Así, pueden presentar buenas consecuciones en determinadas tareas, como en exámenes tipo test, o en exposiciones orales, o en conocimientos específicos y en cambio pueden presentar dificultades a la hora de leer o escribir textos académicos. Esta situación suele acarrearles frustración y un bajo autoconcepto. Igualmente, suele dificultar la identificación de la alta capacidad y su adecuada respuesta por parte del profesorado.

**CONCLUSIÓN:** Los individuos AC/DA representan un colectivo complejo, ya que se caracterizan por tener un desarrollo cognitivo superior a la media y, al mismo tiempo, unas dificultades superiores también a la media en unos ámbitos concretos. La intervención educativa debe atender en estos caso tanto su dificultad como su potencialidad.

**PALABRAS CLAVE:** ALTAS CAPACIDADES, DOBLE EXCEPCIONALIDAD, DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, TRASTORNOS DE APRENDIZAJE, DISLEXIA.

## IMPORTANCIA DEL UROBILINÓGENO EN LOS EXÁMENES DE ORINA

NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** El urobilinógeno es el producto del metabolismo de las bacterias anaerobias intestinales en la bilirrubina conjugada. En valores normales la mitad del urobilinógeno se elimina vía renal (urobilina) y el resto se reabsorbe por el sistema circulatorio para excretarse en la bilis gracias al hígado. El daño de la función hepática y/o hemolítica aumentan los niveles de urobilinógeno en orina.

**OBJETIVOS:** Identificar el diagnóstico del urobilinógeno en los análisis rutinarios de orina (tira reactiva de orina), así como su presencia en los estados patológicos del paciente.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como DIALNET, MEDLINE, SCIELO. Se han consultado artículos relacionados con el tema, de los cuales se han seleccionado los 7 que más se ajustan al objeto de estudio. Descriptores: urobilinógeno, diagnóstico, orina y valor.

**RESULTADOS:** Las reacciones producidas en las tiras de orina pueden variar según el fabricante; por un lado está la reacción de Ehrlich donde el urobilinógeno reacciona con p-dimetilaminobenzaldehído produciendo colores del rosa claro al oscuro según la concentración y por otro la reacción de acoplamiento diazo en la que se utiliza 4-mtoxibenceno-diazonio-tetrafluoroborato produciendo colores del blanco al rosa según la concentración también. Se consideran valores normales los comprendidos entre 0.1 Y 1.0 Mg/dL. El aumento del nivel de urobilinógeno será proporcional a la destrucción de hemoglobina; por lo que se le relaciona con patologías como hepatitis, cirrosis, hemólisis, colestasis, colangitis, cáncer hepático y hematomas.

**CONCLUSIÓN:** Según la bibliografía consultada, el urobilinógeno puede aparecer en pequeñas proporciones sin tener relevancia clínica; además de que este sencillo método consiste en sumergir una tira de papel con reactantes químicos y leer tras un plazo adecuado indicado por el fabricante, es fácil de interpretar, rentable y permite analizar varios componentes presentes en la orina de forma simultánea.

**PALABRAS CLAVE:** UROBILINÓGENO, ORINA, DIAGNÓSTICO, VALOR.

## **MAMOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE UN CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

EMILIO LARA TEJERO, MARIO RODRÍGUEZ AZUAGA, NOELIA BERNAL GUARCHS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 39 años de edad, acude a urgencias por sangrado de pezón izquierdo. Como resultado y tras la palpación del médico especialista presenta una masificación en mama izquierda. Su peso es de 64 kg y mide 1,65 cm.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza una mamografía donde se observa una masificación en mama izquierda. También se realiza una ecografía de mama donde se observa una masificación de más de 3 cm en la mama izquierda.

**JUICIO CLÍNICO:** Masificación en la región mamaria y sangrado de pezón izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizará una biopsia con el posterior análisis de las muestras obtenidas durante la punción de la mama.

**CONCLUSIONES:** El sangrado de pezón es uno de los síntomas de un posible cáncer de mama. Tras la realización de una mamografía y la posterior obtención de las muestras de la masificación mediante punción de mama nos permitirá obtener información sobre el posible tumor. También se pueden utilizar resonancia magnética.

**PALABRAS CLAVE:** MAMA, MAMOGRAFÍA, ECOGRAFÍA, CÁNCER.

## **RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL HOMBRO DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARIO RODRÍGUEZ AZUAGA, EMILIO LARA TEJERO, NOELIA BERNAL GUARCHS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 62 años de edad, acude a su médico del centro de salud por encontrarse con fuerte dolor y constante en el hombro derecho. Debido a una mala operación de artroscopia. Como antecedentes de interés se recogen HTA regular. Su peso es de 60 kg y mide 1'55 cm.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se le remite al hospital y se le realiza una resonancia magnética, donde se observa una tumefacción en la zona de la articulación del hombro derecho y una fístula productiva de 1 cm de diámetro, con la limitación total del hombro derecho debido al gran dolor que refería la paciente.

**JUICIO CLÍNICO:** Osteomielitis de hombro derecho por postartroscopia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizara una artroplastia de resección de la cabeza humeral y colocar un espaciador de cemento con antibiótico como hemiartroplastia de hombro.

**CONCLUSIONES:** La osteomielitis es la infección de un hueso. Casi siempre la infección es causada por bacterias o micro bacterias. Esta infección supone la producción de material inflamatorio dentro del mismo hueso, y si no se controla, la destrucción del mismo hueso. Los síntomas principales son el dolor e hipersensibilidad en el hueso afectado o dolor en la zona y se podría dar fiebre en algunas ocasiones. También se pueden utilizar pruebas como: una analítica, una radiografía o un TC.

**PALABRAS CLAVE:** RESONANCIA, HOMBRO, OSTEOMIELITIS, MAGNÉTICA.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL VÉRTIGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CAROLINA VEGA CANO, DIEGO BENITO GALLEGO, SANDRA NATALIA ALVAREZ GETINO, ASUNCIÓN ARIAS RODRÍGUEZ, MARÍA RUTH ALONSO PINTADO

**INTRODUCCIÓN:** Un vértigo de origen periférico puede ser incapacitante y tremendamente molesto para el paciente, pero nunca supondrá un riesgo vital. Su pronóstico no empeorará por retrasar el comienzo del tratamiento. Un mareo de origen sincopal ó un vértigo de causa central es una manifestación, de un cuadro grave: ictus, hemorragia intracraneal, neurinoma, alteración metabólica, etc.

**OBJETIVOS:** Determinar una adecuado diagnóstico para detectar los vértigos de origen periférico.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

**RESULTADOS:** Valoración inicial debe ser abierta, basando su Ddx en la anamnesis y en una adecuada exploración clínica (exhaustiva y sistemática). La exploración vestibular mediante electronistagmografía (ENG) puede aclarar la situación, pero su realización es compleja, lleva bastante tiempo y no está al alcance de la AP o la Urgencia. Ingresar o no al paciente unas horas en observación. Si la patología causante del episodio es periférica, el ingreso depende del estado clínico del paciente. Si llegan encamados probablemente será necesario una evolución mayor pudiendo quedar ingresado en observación, < 24 horas. El tratamiento urgente del vértigo va dirigido a paliar la clínica.

**CONCLUSIÓN:** Tanto en los servicios de urgencias, como en AP, el vértigo es causa frecuente de consulta. El paciente lo define como una sensación de giro, de movimiento, frecuentemente rotacional. La angustia e incapacitación funcional que produce en el paciente/familia y la gravedad de las diversas patologías, hace que cobre máxima importancia la manera de enfrentar, evaluar y determinar si es de origen periférico o central. Los síndromes vestibulares periféricos son generalmente de curso benigno y corresponde aproximadamente al 90% de las consultas, los síndromes vestibulares centrales son menos frecuentes (5-10%) y se producen por alteraciones en la estructura del SNC. Los síntomas y signos de alarma a considerar son: alteraciones en SNC, cefaleas, hipoacusia o sordera aguda y nistagmus vertical. La anamnesis y exploración física estructurada son los pilares básicos en el Ddx de vértigo en APS.

**PALABRAS CLAVE:** DIZZINESS, VESTIBULAR, NYSTAGMUS, VÉRTIGO.

## DETERMINACIÓN DE TRIGLICÉRIDOS EN EL LABORATORIO

AMANDA ORTEGA PINA, PATRICIA RAMOS ALCAIDE, MARIA DEL ROCIO COTÁN MACÍAS

**INTRODUCCIÓN:** Los triglicéridos surgen de la unión de una molécula de glicerol con tres ácidos grasos. Se encuentran en el organismo, ya sea por vía exógena (alimentos) o endógena (formados en el hígado). Su principal función es la reserva energética. Aunque no posean la misma fama que puede tener el HDL o LDL, los casos de hipertrigliceridemia pueden desembocar en diferentes patologías, entre ellas pancreatitis. También podemos encontrar niveles altos como consecuencia de: Enfermedad hepática o renal. Ciertos fármacos. Enfermedades genéticas.

**OBJETIVOS:** Identificar los parámetros de los triglicéridos en sangre.

**METODOLOGÍA:** Protocolo editorial MAD, Rioja Salud. Descriptores: Método enzimático, triglicéridos, Peroxidasa, Biosystem. La metodología se basa en someter la muestra a diferentes reacciones enzimáticas, (Glicerol-Fosfato-Oxidasa-Peroxidasa ) con el fin de obtener un compuesto coloreado que será leído espectrofotométricamente.

**RESULTADOS:** Valores de referencia respecto a la técnica usada: Hasta 150 mg/dL: Bajo 150-199 mg/dL: Dudoso 200-499 mg/dL: Alto > 500 mg/dL: Muy alto.

**CONCLUSIÓN:** Los triglicéridos son necesarios como reserva energética, calor metabólico, pero presentándose en concentraciones elevadas pueden provocar pancreatitis, por lo tanto su determinación es necesaria.

**PALABRAS CLAVE:** TRIGLICÉRIDOS, LABORATORIO, GLICEROL, ENZIMÁTICO.

## DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNITARIA EN PACIENTES CRÓNICOS

NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es una enfermedad autoinmune caracterizada por determinados autoanticuerpos dirigidos contra los glóbulos rojos del propio sujeto. Este trastorno se puede presentar a cualquier edad, con ligero predominio en el caso de las mujeres y que se caracteriza por fatiga, debilidad, taquicardia, disnea de esfuerzo, ictericia, orina oscura y esplenomegalia.

**OBJETIVOS:** Analizar las pruebas diagnósticas disponibles en la anemia hemolítica autoinmune; así como la relación entre ellas en el caso de pacientes crónicos.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Medline, Scielo. Se han consultado artículos relacionados con el tema, de los cuales se han seleccionado los 5 que más se ajustan al objeto de estudio. Palabras clave: anemia, hemólisis, autoinmune, diagnóstico, serología.

**RESULTADOS:** El diagnóstico de AHAI se centra en las pruebas serológicas de autoanticuerpos y la evidencia clínica de hemólisis. Los pacientes crónicos pueden presentarse asintomáticos por lo que debemos centrarnos en las pruebas de laboratorio; las cuales constituyen la biometría hemática completa, conteo de reticulocitos, frotis de sangre periférica, prueba de Coombs directa, LDH, incremento de bilirrubina indirecta y disminución de haptoglobulina. Es fundamental detectar el tipo de anticuerpo implicado en la anemia, el cual se diagnostica con el uso de anticuerpos monoespecíficos para inmunoglobulina G y C3d.

**CONCLUSIÓN:** Según la bibliografía consultada, cuando hay sospecha de AHAI es necesario llevar a cabo una adecuada historia clínica del paciente; comenzando con una exploración física para buscar signos y/o síntomas destacando el área esplénica, seguido de las pruebas de laboratorio que nos permitirá obtener un cuadro hemolítico con o sin anemia.

**PALABRAS CLAVE:** ANEMIA, HEMÓLISIS, AUTOINMUNE, DIAGNÓSTICO, SEROLOGÍA.

## ELEVACIÓN DE LA BILIRRUBINA: SÍNDROME DE GILBERT

MARIA JOSE POZO CARRION, MARÍA SALUD FUENTES CUENCA, ANGÉLICA PILAR OCHOA CONTRERAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 16 años que acude al servicio de urgencias por un dolor en la fosa renal. Se reciben en el laboratorio los tubos para realizarle la analítica pertinente. Obtenemos unos resultados normales a excepción de la bilirrubina total por lo cual le realizamos la bilirrubina directa, obteniendo un resultado dentro de la normalidad en la bilirrubina directa y elevado en la bilirrubina indirecta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Obtenemos los siguientes resultados: Hemograma: normal Coagulación: normal Bioquímica: normal excepto: Bilirrubina total: 3.26 Mg/dl. Bilirrubina directa: 0.14 Mg/dl Bilirrubina indirecta: 3.12 Mg/dl Transaminasas: Normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Por los valores obtenidos podríamos decir que estamos frente a un síndrome de Gilbert. La característica de este síndrome es que la bilirrubina total está aumentada a expensas de la bilirrubina indirecta o no conjugada, en cambio la bilirrubina directa o conjugada se presenta en niveles normales.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el síndrome de Gilbert, los valores de la bilirrubina total se encuentran entre 2 y 4 mg/dl, es raro que supere los 5 mg/dl El síndrome de Gilbert debe de diferenciarse de otras enfermedades que cursan con valores similares, entre ellas: Síndrome de Crigles\_Najjar: Las cifras de bilirrubina indirecta están elevadas pero en un rango superior, sobre 6 y 45 mg/dl Síndrome de Dubin-Johnson: La bilirrubina total se eleva a expensas de la fracción directa o conjugada. Síndrome de Rotor: La bilirrubina total es similar a la del síndrome de Gilbert pero es la bilirrubina directa la que está elevada Anemia hemolítica: Debe de presentarse anemia.

**CONCLUSIONES:** Ante la evidencia del caso por los valores obtenidos y por la edad del paciente, se lo comunicamos al analista del laboratorio y nos confirma que se trata de un paciente ya diagnosticado con el síndrome de Gilbert.

**PALABRAS CLAVE:** ELEVACION BILIRRUBINA, BILIRRUBINA NO CONJUGADA, BILIRRUBINA CONJUGADA, SÍNDROME DE GILBERT.

## VARÓN JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL Y ANTECEDENTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

ELISA CANO BERNAL, JOSE MARIA FERNANDEZ GONZALEZ, AINHOA COTO MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 30 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en epigastrio de una semana de evolución asociado a náuseas y estreñimiento. Afebril. Fumador. Hostelero. Hace un año trombosis femoropoplítea derecha espontánea con estudio de trombofilia negativo excepto factor XII heterocigoto. No tratamiento habitual. Hace 7 meses que se había retirado anticoagulación oral.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Aceptable estado general, afectado por dolor. Coloración normal. Auscultación normal. Abdomen con intenso dolor a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio izquierdo. No peritonismo. Extremidades sin edemas. Analítica con función renal, amilasa y perfil hepático normales. Ligera elevación de PCR (51.90 Mg/L). Hg 12.9 G/dl, hematocrito 38.8%. VCM 97. Plaquetas 123000. Tiempo protombina 14.70 Seg, actividad de protombina 66%, tiempo de tromboplastina parcial activa 33.4 Seg, fibrinógeno 398 mg/dl, INR 1.31. Ecografía: Hígado sin lesiones focales. Dificultad para valoración de luz de vena porta intrahepática, que parece tener engrosamiento y ocupación de su luz con imágenes periféricas de aspecto de colaterales o cavernomatosis. Esplenomegalia. Moderada cantidad de líquido libre en pelvis y fosa ilíaca derecha, visualizándose apéndice normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Trombosis de vena porta, esplénica y mesentérica superior en paciente joven con antecedentes personales de tvp en miembro inferior izquierdo hace un año. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial incluye patología hepatobiliar, pancreática (importante descartar pancreatitis aguda), proceso cardíaco agudo (pericarditis, sca... ), Virasis, dolor abdominal funcional y ansiedad. Se debe descartar HPN y TVP paraneoplásica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realizó tac abdominal durante su ingreso que confirmó el diagnóstico. Se realizó gastroscopia sin hallazgos. Tras tratamiento con anticoagulación la evolución fue favorable procediéndose a su alta hospitalaria.

**CONCLUSIONES:** En este caso la conclusión más relevante es la importancia que puede tener en ocasiones lo que nos puede impresionar a priori un dolor abdominal simple. A su vez, no debemos infravalorar los antecedentes personales de cada paciente, así como sus factores de riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** TROMBOSIS, EPIGASTRALGIA, FUMADOR, NÁUSEAS.

## DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA

SANDRA RAMIREZ BERNAL, BLANCA DÍAZ SARABIA, LAURA RUIZ GANFORNINA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 44 años sin antecedentes conocidos de interés, acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Puertas del Mar de Cádiz, con un cuadro clínico de 18 horas de evolución consistente de dolor abdominal en la región mesogástrica, generalizado posteriormente y asociado a náuseas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Primero se procede a un examen físico donde se encuentra taquicardia y dolor en flanco y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Después, se llevan a cabo una serie de pruebas, tales como un análisis de sangre y de orina, una ecografía abdominal y una tomografía computarizada (TC).

**JUICIO CLÍNICO:** En el análisis de sangre obtenemos leucocitosis y neutrofilia; la proteína C reactiva dió 3'84 mg/dl. El uroanálisis estuvo dentro de los valores normales. En la ecografía abdominal se observó fleo inespecífico. Por último, la TC demostró malrotación intestinal sin situs inversus, con asas intestinales delgadas que ocupaban el hemiabdomen derecho y el colon en el hemiabdomen izquierdo. El ciego estaba en posición anómala, en el espacio presacro, ejerciendo una leve presión sobre el recto (el cual se encontraba desplazado hacia la izquierda). En la fosa ilíaca izquierda se observa el asa tubular ciega de 18mm, distendida por líquido. También se visualizó una posición anatómica invertida de los vasos mesentéricos superiores.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras los resultados obtenidos, se diagnostica una apendicitis aguda izquierda sin situs inversus y con malrotación intestinal.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se procede a la realización de una apendicectomía guiada por laparoscopia, es decir, la extirpación del apéndice con la ayuda de una lente óptica con la se visualiza la cavidad pélvica-abdominal. Tras un postoperatorio sin complicaciones, el paciente fue dado de alta.

**CONCLUSIONES:** La apendicitis izquierda es una enfermedad poco frecuente que requiere una alta sospecha diagnóstica. LA TC y la laparoscopia son herramientas muy útiles que constituyen una parte vital del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** APÉNDICE, APENDICECTOMÍA, INFLAMACIÓN, DOLOR, LAPAROSCOPIA.

## **HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA EN RELACIÓN AL BAÑO DE DIÁLISIS EN PACIENTE CON ERC ESTADIO 5D E HIPOMAGNESEMIA**

FRANCISCO JAVIER RUIZ ESCOLANO, LAURA RICO FERNÁNDEZ DE SANTAELLA, MANUELA MORENO RAMIREZ, NIEVES MARIA PORTERO GARCIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 39 años con antecedentes de linfoma angioinmunoblástico tratado con esquema CHOP y en remisión completa. ERC en hemodiálisis desde hace 15 años, desarrollando hiperparatiroidismo severo que precisó de paratiroidectomía total con autoinjerto preesternal. Durante la sesión de hemodiálisis presenta parestesias de MMSS sin otra sintomatología acompañada, objetivándose en analítica hipocalcemia severa e hipomagnesemia, motivo por el que ingresa y se inicia tratamiento con aportes de calcio iv, magnesio oral y se suspenden IBPs. Revisando ajuste de tratamientos previos se documenta cambio en el baño de diálisis.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración anodina, salvo tetania inducible. Analítica al ingreso: Hemograma normal. Na 135 mg/dl, k 4,6 mg/dl, Ca 4,9 mg/dl, P 7,7 mg/dl, Mg 1,3 mg/dl. Proteínas totales normales. Analítica al alta con Ca 9,8 mg/dl, P 5,2 mg/dl. Resto normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipocalcemia sintomática en paciente en hemodiálisis en relación a hipomagnesemia y baño de diálisis con baja concentración de calcio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La causa más frecuente de disminución de la concentración plasmática de Ca total es la hipoalbuminemia. Según el mecanismo fisiopatológico podemos dividir las causas de la hipocalcemia en: Las que cursan con hipoparatiroidismo, que a su vez pueden ser hereditarias o adquiridas. Las que cursan con normo o hiperparatiroidismo, en cuyo caso habrá que descartar déficit o resistencia de acción a vitamina D, hiperfosforemia, fármacos (relacionada con hipomagnesemia producida por IBPs) entre otras.

**CONCLUSIONES:** Ante toda hipocalcemia, lo primero es confirmarla, descartando la hipoalbuminemia y ajustando el Ca iónico a las posibles modificaciones según el metabolismo ácido base. Si se confirma, una buena historia clínica y exploración física buscando datos que apunten hacia la etiología son fundamentales. La gravedad de la hipocalcemia, la presencia o ausencia de síntomas determinarán la rapidez de corrección de la causa etiológica si es posible y de los déficit encontrados.

**PALABRAS CLAVE:** HIPOCALCEMIA, BAÑO DE DIÁLISIS, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PARESTESIAS, HIPOMAGNESEMIA.

## DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOSIS INVASORA MEDIANTE EL USO DE TÉCNICAS MOLECULARES

NURIA OLBRICHT GALAN, MARÍA ISABEL LÓPEZ MORALES, JESUS GARCIA SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La Aspergilosis es una infección o reacción alérgica provocada por el hongo *Aspergillus*. Este hongo puede reproducirse de forma asexual (conidios) y sexual (Ascomycetes). Este género de hongos pertenece a la microbiota normal saprofita orofaríngea por lo que las infecciones suelen presentarse en pacientes inmunodeprimidos; presentando síntomas como dolor articular y en el pecho, fiebre, dificultad al respirar y pérdida de peso.

**OBJETIVOS:** Determinar la utilidad diagnóstico molecular en el caso de infecciones por el hongo *Aspergillus*.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como DIALNET, MEDLINE, SCIELO. Se han consultado artículos relacionados con el tema, de los cuales se han seleccionado los 6 que más se ajustan al objeto de estudio. Palabras clave: *Aspergillus*, diagnóstico, técnica molecular, PCR.

**RESULTADOS:** La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la técnica estudiada para localizar el ADN de *Aspergillus*, además de emplear cebadores universales para detectar levaduras y hongos filamentosos. Pese a poder detectar ADN en la mayoría de las muestras a analizar, mediante el uso de esta técnica en las muestras respiratorias es complicado diferenciar el paciente asintomático del afectado. La muestra sanguínea entera sin coagular (mayor sensibilidad en PCR) es la idónea, con la que se obtiene un 100% de sensibilidad cuando se usan 2 o más muestras.

**CONCLUSIÓN:** Según la bibliografía consultada, el resultado positivo de PCR en sangre antecede de media en 2 días a los signos/síntomas y a los demás tipos de diagnóstico en 9 días; además pueden resultar muy beneficiosas como herramienta de monitorización en el tratamiento. Esta técnica se debe complementar con la tomografía computarizada para un adecuado diagnóstico, además de determinar la población con alto riesgo a padecerla (personas con sistemas inmunitarios debilitados).

**PALABRAS CLAVE:** DIAGNÓSTICO, TÉCNICA MOLECULAR, PCR, ASPERGILOSIS.

## **PAPEL DEL LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL**

MARIA MOLINA HUELVA, SARA GARCIA PUNZON, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que aparece o se diagnostica durante el embarazo. La importancia de su diagnóstico se fundamenta en el control de los riesgos materno-fetales.

**OBJETIVOS:** Analizar la forma de calcular la frecuencia de diabetes gestacional en nuestra Área de Salud en el año 2017. Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo de 1480 pacientes distribuidas en diferentes rangos de edad: 140 menores de 25 años, 898 entre 25 y 35 años, y 442 mayores de 35 años.

**METODOLOGÍA:** Cribado de toda la población de gestantes mediante la prueba O'Sullivan con administración de 50 gramos de glucosa oral y en caso de positividad, una prueba de tolerancia oral de glucosa con 100 gramos y determinaciones de glucemia basal, a la 1, 2 y 3 horas. Se consideran los criterios de O'Sullivan y Mahan: glucemia basal hasta 105 mg/dl, 1 hora hasta 190, 2 horas hasta 165 y 3 horas hasta 145. Si dos o más valores de glucemia se encuentran por encima de estos niveles, se considera un diagnóstico positivo.

**RESULTADOS:** En 368 gestantes se encontraron niveles de glucosa superiores a 140 mg/dl en la Prueba de O'Sullivan: 19 menores de 25 años, 200 entre 25 y 35 años, y 149 mayores de 35 años. Se realizaron las correspondientes curvas de tolerancia oral de glucosa y se diagnosticaron 56 gestantes con diabetes gestacional: 1 menor de 25 años, 27 de entre 25 y 35 años, y 28 mayores de 35 años.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de diabetes gestacional en gestantes mayores de 35 años es dos veces mayor que la obtenida en gestantes de entre 25 y 35 años, y nueve veces mayor que en gestantes menores de 25 años. Los datos obtenidos confirman que la edad de la gestante es un factor de riesgo de la diabetes gestacional.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES GESTACIONAL, O'SULLIVAN, LABORATORIO, ANÁLISIS CLÍNICOS.

## HALLAZGOS FRECUENTES EN TIRAS DE ORINA

SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA HUELVA, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO

**INTRODUCCIÓN:** El estudio sistemático de orina se basa en el examen químico de diferentes parámetros de la orina para diagnosticar la presencia de infecciones urinarias, renales, y otras enfermedades generales que producen metabolitos en orina. Los parámetros de estudio son: densidad, pH, bilirrubina, cuerpos cetónicos, nitritos, urobilinógeno, proteínas, hematíes y leucocitos.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados obtenidos en todas las muestras recibidas en un mes en el laboratorio de urgencias del Hospital de Santa Ana (AGS Sur de Granada) para observar qué parámetros se hallan más frecuentemente alterados.

**METODOLOGÍA:** Estudio de todos los sistemáticos de orina realizados en el laboratorio de urgencias en agosto de 2017, éstos se realizan mediante tiras de orina en el analizador “Iris iChemVelocity” conectado al equipo “Iris IQ200ELITE” para formar unas celdas de trabajo integradas “iRICELL” de los laboratorios Beckman Coulter.

**RESULTADOS:** Se realizan 1024 peticiones de sistemáticos de orina en pacientes con edades entre 1 y 98 años. 661 Pacientes (64,6%) presentaban algún parámetro alterado. El porcentaje de alteraciones encontradas por parámetro ha sido: Densidad: 8,4%, pH: 1,46%, Glucosa: 6,45%, Bilirrubina: 2,73%, cuerpos cetónicos: 16,80%, Nitritos: 2,25%, Urobilinógeno: 9,38%, Proteínas: 4,69%, Hematíes: 43,36% y Leucocitos: 34,67%.

**CONCLUSIÓN:** El porcentaje de orinas patológicas ha sido elevado, siendo principalmente la causa, la presencia de hematíes y leucocitos en orina.

**PALABRAS CLAVE:** TIRAS DE ORINA, ANÁLISIS CLÍNICOS, LABORATORIO, ORINAS PATOLÓGICAS.

## TEST RÁPIDOS DE ORINA PARA DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA HUELVA, MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO

**INTRODUCCIÓN:** El *Streptococcus pneumoniae* es la causa principal de neumonía adquirida en la comunidad y un patógeno importante en la meningitis grave. La OMS estima que fallecen 1,6 millones de personas de infecciones neumocócicas graves cada año por ello es importante un diagnóstico rápido para aumentar la eficacia del tratamiento antibiótico.

**OBJETIVOS:** Analizar las peticiones de detección *Streptococcus pneumoniae* en orina y la proporción de casos positivos detectados en el laboratorio de Urgencias del Hospital de Santa Ana (AGS Sur de Granada) los primeros meses del año 2017.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo de las peticiones de detección rápida de *Streptococcus pneumoniae* en orina atendidas en el laboratorio de urgencias del 1/enero al 31/agosto de 2017. Se utilizan kits comerciales “Uni-Gold™ S. Pneumoniae” de los laboratorios Trinity Biotech, (es un inmunoensayo rápido de uso único para la detección cualitativa de antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en orina de pacientes con neumonía y en el LCR de pacientes con meningitis).

**RESULTADOS:** Se realizan 191 peticiones en pacientes de 26 a 96 años (siendo la media de edad de los pacientes 69 años), 69 peticiones en mujeres y 122 en hombres. Se han detectado 20 casos positivos de *Streptococcus pneumoniae* en orina (10,5% peticiones), 9 positivos en mujeres y 11 positivos en hombres. La media de edad de los pacientes con resultado positivo es de 69,6 años.

**CONCLUSIÓN:** En base los resultados obtenidos en el estudio de determinaciones del antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en orina podemos concluir que la demanda es alta en pacientes de más de 60 años siendo la incidencia de la enfermedad significativa y afectando por igual a hombres y mujeres.

**PALABRAS CLAVE:** STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, TEST ORINA, ANÁLISIS CLÍNICOS, LABORATORIO.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL SÍNDROME DE MARFAN

BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Marfan (SMF) es un raro desorden genético. Sus manifestaciones clínicas afectan al sistema cardiovascular, ocular y músculo esquelético, siendo las manifestaciones cardíacas las responsables de la mortalidad de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Determinar qué es el síndrome de marfan.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo simple. Se recogió información mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en las bases de datos Scielo y Pubmed usando los descriptores: tejido conectivo, síndrome de Marfan y autosómico.

**RESULTADOS:** El SMF es una afección de herencia autosómica dominante, resultante de la mutación del gen FBN1 que codifica la proteína fibrilina (esencial para la formación de fibras elásticas). Tiene una prevalencia de 1 entre 5000-10000, es independiente de factores étnicos o geográficos. Las manifestaciones clínicas dependen de la edad e involucran a los sistemas ocular, músculo esquelético y cardiovascular. Las malformaciones cardiovasculares como la dilatación de la raíz aórtica y el prolapso de la válvula mitral son los síntomas más graves, ya que implican riesgo de disección aórtica aguda. Los criterios diagnósticos se basan en el estudio genético molecular de FBN1 y otros genes relevantes, además de características de la nosología Gante, que agrupa en criterio mayor o menor según las afecciones que se presenten en los distintos sistemas; siendo las más comunes: individuos con cuerpo alto y delgado, extremidades largas, aracnodactilia, deformidades en pectus y escoliosis con antecedentes familiares positivos, sumado a una ecocardiografía que evidencie los problemas cardíacos pueden sugerir un diagnóstico del síndrome. Debido a su baja incidencia es un síndrome poco conocido, por lo que se plantea un estudio para aumentar el conocimiento sobre sus criterios diagnósticos.

**CONCLUSIÓN:** El SMF es un raro trastorno del tejido conectivo que afecta a numerosos sistemas. El diagnóstico se basa en ecocardiografía y nosología de Gante, que implica la evaluación integral de las manifestaciones sistémicas mayores y menores.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME, MARFAN, AUTOSÓMICO, TEJIDO CONECTIVO, DISECCIÓN AÓRTICA.

## **ELEVACION DE LA ENZIMA HEPATICA ASPARTATO AMINOTRANSFERASA POR PRESENCIA DE MACROENZIMAS**

MARIA JOSE POZO CARRION, MARÍA SALUD FUENTES CUENCA, ANGÉLICA PILAR OCHOA CONTRERAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 48 años, recibimos la petición de una analítica de control por la elevación de la GOT (aspartato aminotransferasa) La paciente tiene una analítica previa de hace dos meses donde el valor de la GOT está elevado, pero las demás determinaciones hepáticas aparecen normales. En esta nueva analítica obtenemos valores similares.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica previa: AST (GOT): 234 UI/L ALT (GPT): 17 UI/L GGT: 23 UI/L FA: 51 UI/L BT: 0.58 Mg/dl BD: 0.15 Mg/dl INR: 1.1 Analítica tras dos meses: AST: (GOT) 298 UI/L ALT: (GPT) 21 UI/L GGT: 25 UI/L FA: 49 UI/L BT: 0.56 Mg/dl BD: 0.12 Mg/dl INR: 1.01.

**JUICIO CLÍNICO:** Ante estos resultados podemos sospechar que nos encontramos ante un caso de elevación de la enzima hepática aspartato aminotransferasa (GOT) por presencia de macroenzimas.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para la realización de un diagnostico diferencial, se utilizó el método de polietilenglicol (PGE), este método tiene la propiedad de precipitar las macroenzimas permitiendo medir la actividad remanente en el sobrenadante. Tras esta precipitación con el polietilenglicol (PGE), observamos que el 89% de la actividad de la GOT desaparece, permitiéndonos así el diagnóstico de macro-GOT.

**CONCLUSIONES:** Ante un caso de un aumento aislado y continuo de AST (GOT) y en ausencia de otros valores alterados, podemos suponer que se trata de una macro-GOT, realizando el diagnóstico diferencial con PEG, ahorrando con ello pruebas innecesarias.

**PALABRAS CLAVE:** MACRO-GOT, ENZIMA HEPATICA, ASPARTATO AMINOTRANSFERASA, MACROENZIMAS.

## ÍNDICE DE BARTHEL COMO HERRAMIENTA DE VALORACIÓN ENFERMERA

NATALIA ACOSTA CEBALLOS, FRANCISCO JOSÉ VIDAL MAESTRE, MARÍA TERESA GUIJARRO ROBLES, MARTA IZQUIERDO PRADOS, MARIA REYES BRAVO, BEATRIZ SANTA MUÑOZ MORAL

**INTRODUCCIÓN:** El índice de Barthel es una herramienta útil para valorar el nivel de dependencia de los pacientes en la realización de algunas actividades de la vida diaria. Por lo que su fácil interpretación permite aplicarla de forma rutinaria, siendo capaz de detectar el deterioro en ciertos niveles funcionales, por lo que es un instrumento de gran utilidad para el ámbito sanitario en relación a la valoración de los pacientes.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia del índice de Barthel en la valoración periódica enfermera de los niveles funcionales de los pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente en las bases de datos PubMed y Scielo.

**RESULTADOS:** Por lo que el índice de Barthel mide el grado de discapacidad de 0 (dependencia total) a 100 (independencia) puntos, a través de esta herramienta se permite ir valorando las actividades de la vida diaria, y permite detectar cierto nivel de progresión o deterioro.

**CONCLUSIÓN:** El Índice de Barthel ayuda a conocer cuáles son las deficiencias específicas de los pacientes y facilita la valoración de su evolución, por lo que es de gran importante para el personal sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** ÍNDICE DE BARTHEL, DEPENDENCIA, ABVD, ENFERMERA, VALORACIÓN.

## SECUENCIACIÓN MASIVA Y RESPUESTA A FÁRMACOS

RAQUEL JURADO ESCOBAR, RAQUEL FLÓREZ LARA, EVA ROSARIO BLANCO ALCÁNTARA

**INTRODUCCIÓN:** El desarrollo de los nuevos métodos de secuenciación masiva permite el estudio simultáneo de millones de fragmentos de ADN de forma rápida y económica, lo que supondrá, entre otros avances, diagnosticar de manera personalizada enfermedades genéticas, perfiles tumorales o la respuesta a fármacos.

**OBJETIVOS:** Identificar la secuenciación masiva para investigar las variaciones genéticas y su utilidad en la predicción de la respuesta a fármacos.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** El metabolismo de los fármacos incluye procesos de oxidación, hidrólisis, reducción o ciclación realizados por diferentes sistemas enzimáticos, que son susceptibles de sufrir variabilidad genética. Enzimas como CYP2D6, CYP2C9 o CYP2C19 (del complejo Citocromo P450) presentan numerosos polimorfismos genéticos que pueden modificar el metabolismo de fármacos. Para determinar las variaciones genéticas se parte de ADN, obtenido con cualquier técnica validada, a partir del cual se prepara la librería: se fragmenta el ADN y se añaden adaptadores en los extremos, quedando así listos para secuenciar. Para la posterior secuenciación se usan instrumentos como “Illumina sequencers” (HiSeq, MiSeq, NexSeq...) o “Ion Torrent” (IonPGM, IonProton...), que difieren entre sí principalmente por los métodos de detección: fluorescencia o iones (pH), respectivamente. La interpretación de los resultados requiere programas informáticos (Bowtie, BWA, SeqMap, entre otros), que se encargan de la multiplexación, análisis de calidad y mapeado de la lectura de acuerdo con un genoma de referencia, y evidenciando también las variaciones genéticas encontradas.

**CONCLUSIÓN:** La identificación de variables genéticas asociadas al metabolismo de fármacos en un paciente concreto permitirá predecir la respuesta individual a estos, lo que representa un buen ejemplo de medicina personalizada. Esta tecnología puede contribuir a mejorar el diagnóstico molecular, aunque aún estudios en mayor detalle.

**PALABRAS CLAVE:** POLIMORFISMOS, SECUENCIACIÓN MASIVA, FÁRMACOS, MEDICINA PERSONALIZADA.

## **IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

SUSANA ROSA SERRANO, LAURA MEDINA ROSA, MARINA CORRETGÉ GINÉ, ENRIC GALLART LUCERO, ESTEFANIA RUIZ CHACON, ANNA ESCOLÀ NOGUÉS, ANNA GUIU TRIQUELL, GEORGINA FUSTEGUERAS MIR, SARA BUIL PELLISÉ, LAURA GUIX CLIVILLÉ, RAQUEL MARTINEZ MASOT, SÒNIA BRAVO VALDIVIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 54 años, fumador de 1 paquete al día, que acude a consulta por tos persistente desde hace semanas a primera hora de la mañana. Presenta disnea progresiva.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente presenta disnea y ruidos respiratorios alterados (sibilancias). PA: 135/85mmHg, Sat O<sub>2</sub>: 95%, FC: 91x'. AC: normal. AR discretas sibilancias. No edemas. AS reciente con IgE total ligeramente elevada. No ingurgitación yugular. Se le realiza una espirometría forzada que muestra una obstrucción de carácter moderado. Se realiza consejo anti-tabaco.

**JUICIO CLÍNICO:** EPOC (FEV<sub>1</sub> <50% del volumen teórico). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El cribado del EPOC en atención primaria se realizará a través de la anamnesis y de la espirometría forzada mediante la prueba broncodilatadora (PBD) a las personas fumadoras y ex fumadoras especialmente si tienen síntomas respiratorios. -Los criterios de inclusión son: edad superior a 40a, fumador y ex fumador de más de 10 cigarrillos /día. Las exploraciones complementarias como la RX de tórax, test de la marcha de 6 minutos y el ECG pueden ser necesarias para el estudio completo de la enfermedad. La clasificación más utilizada (GOLD, 2008) se basa en los valores del FEV<sub>1</sub>. Las agudizaciones son las manifestaciones más frecuentes. La causa más importante de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es el consumo de tabaco.

**PLAN DE CUIDADOS:** El objetivo del tratamiento farmacológico es mejorar la calidad de vida y los síntomas de la enfermedad para poder mantener la función pulmonar y reducir el número de agudizaciones. La utilización de terapia con bronco dilatadores agonistas Beta 2, anti colinérgicos y antiinflamatorios son los más comunes. Las exacerbaciones la gran mayoría habrá de tratarse con ATB (el antibiótico de elección es la amoxicilina-ácido clavulánico y corticoides).

**CONCLUSIONES:** La EPOC es una enfermedad crónica progresiva a pesar de su tratamiento. La identificación precoz de los síntomas mejora el pronóstico de las agudizaciones.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, TABACO, TERAPIA, ESPIROMETRÍA.

## **TRIPANOSOMIASIS: REACTIVACIÓN EN PACIENTE CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**

NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING, JULISSA ALARCON ALARCON, MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer 69 años nativa de Bolivia, residente en España desde hace 10 años, antecedente de HTA, dislipemia e hipotoroidismo. Artritis reumatoide desde hace 6 semanas en tratamiento con AINES, azatioprina. Serología positiva para CMV y enfermedad de Chagas. Acude por presentar deterioro de su estado general, fiebre, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Regular estado general. No meningismo, Fiebre de 39.5, TA 80/50, FC 96 lat/min. ECG: taquicardia sinusal, FC 102 lat/min, no alteraciones de la repolarización. MMII: en tercio distal de muslo derecho lesiones eritematosas, purpúricas de bordes indefinidos, dolorosas a la palpación, otras menos llamativas en tercio medio de brazo izquierdo. Resto de la exploración normal. Destacan: leucocitosis, PCR 85, GOT, GOT, Amilasa elevadas, serología positiva para CMV. Teniendo presente los antecedentes de la paciente y las lesiones en piel se realiza estudio histopatológico (punch de lesión de muslo) que muestra infiltrado intercelular de la epidermis y dermis por AMASTIGOTES en forma de nidos y otros dispersos, llegando al diagnóstico de una tripanosomiasis reactiva, se inicia tratamiento con Beznidazol que estabiliza el cuadro, a las 4 semanas de tratamiento presenta mejoría de las lesiones en piel.

**JUICIO CLÍNICO:** Tripanosomiasis reactiva por tratamiento inmunosupresor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** LES, Leishmaniasis, artritis reumatoide, hepatitis, Toxoplasmosis, Esquistosomiasis, Mononucleosis.

**CONCLUSIONES:** Es una zoonosis parasitaria, de transmisión vectorial, con mayor prevalencia en Bolivia, Paraguay y Argentina. El contacto directo con la deyección que realiza el mosquito al picar y el acto reflejo del rascado lleva los parásitos hasta las mucosas y otras abrasiones de la piel. La reactivación está relacionada con estados de inmunosupresión. En estos pacientes es importante un examen físico detallado para detectar la lesión cutánea chagásica, tener presente que la serología negativa sobre todo en pacientes inmonodeprimidos no excluye el diagnóstico, debe realizarse parasitemia directa en sangre y los tejidos para llegar a un diagnóstico de certeza.

**PALABRAS CLAVE:** TRIPANOSOMIASIS, TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, REACTIVACIÓN, DIAGNÓSTICO.

## **PACIENTE VARÓN DIAGNOSTICADO DE PANCREATITIS AGUDA**

MARÍA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, CLAUDIA ATIENZA CARRETERO, ALFREDO MONTESINOS RIOS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 60 años acude al servicio de urgencias con dolor en el abdomen, vomito y fiebre. Refiere que por la mañana se despierta con la boca amarga. Sus antecedentes personales: HTA, alcoholismo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Signos vitales: Pulso 95, T/A 100/60, T° 38,5°C, taquipnea y respiración superficial. Consciente y orientado. Presenta dolor agudo en el hipocondrio izquierdo que empeora en decúbito supino, distensión abdominal (Signo de Gobiet +). Deshidratación. Las muestras sanguínea y bioquímicas: En las que se observa aumento de amilasa, lipasa y el PCR. Pruebas complementarias: RX, Ecografía abdominal, TAC; se observa hepatomegalia.

**JUICIO CLÍNICO:** Pancreatitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Estos signos y síntomas descritos anteriormente nos evidencian que estamos frente a un pancreatitis aguda en este caso alcohólica, ya que el paciente ingiere grandes cantidades de alcohol. El tratamiento inicial se basara en reposición de liquido, disminución del dolor y prevención de infección.

**CONCLUSIONES:** La pancreatitis es una enfermedad con aumento en su incidencia en caso de complicaciones eleva la morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios. Siendo la pancreatitis aguda alcohólica la causa más común en hombres, esta se eleva con la cantidad ingerida de alcohol (especialmente cerveza) y no con la frecuencia de su consumo.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, PANCREATITIS, ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO.

## CASO CLÍNICO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CÉRVIX

SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 50 años acude la primera vez a consulta por presentar menorragia y coitorragia, sin síntomas de vaginitis. No presenta antecedentes personales. La paciente ha llevado un seguimiento a lo largo de 9 años con diversas citologías, biopsias ecografías. En la última citología presenta células escamosas de significado indeterminado por la que se la deriva a ginecología para valoración de conización. A los tres meses acude a urgencias por hemorragia intensa continua que presenta coágulos de gran tamaño. En la exploración presenta cérvix pétreo e hipertrofico. Se le realiza biopsia de Cornier y otros estudios que arrojan un carcinoma epidermoide de cérvix estadio IIIB irresecable.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** \*Exudado vaginal simple y con cultivo. \*Citología cervicovaginal (Test de Papanicolau). \*Colposcopia. \*Determinación HPV. \*Biopsia. \*RMN \*Eco vaginal. \*Palpación.

**JUICIO CLÍNICO:** Carcinoma epidermoide de cérvix ( Estadio IIIB: Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionante). Irresecable con tratamiento neoadyuvante: quimioterapia y braquiterapia.

**PALABRAS CLAVE:** COLPOSCOPIA, BIOPSIA, ESTADIO IIIB, CARCINOMA.

## PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA

LAURA PAREJA DE LA TORRE, LAIA RIBELLES MORENO, CONSTANTINA BARILA LOMPE,  
NATALIA VALL FAURA, OLGA ORENES SOLANO, MERITXELL JUANOS LANUZA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 56 años de edad que ingresa en el hospital por presentar vómitos durante dos días, diarrea de quince días de evolución y dolor en el epigastrio. Sin heces hemáticas ni purulentas pero con presentación muy líquida.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza exploración y estudio completo: Análítica objetivándose Bilirrubina T 1.3. Bil directa 0.7, GOT 167, Amilasa 2862, Leucocitos 15.3, Neutrof. 90%, Linfocitos 5.7%, TPTA 40.9 Y Fibrinógeno 528. Se realiza una ecografía abdominal que muestra el páncreas aumentado de tamaño. Se hace diagnóstico de pancreatitis aguda, se inician estudios para aclarar etiología, manejo del dolor e hidratación. Se inicia tratamiento con sueroterapia, Enantyum, Adolonta, Primperan y Pantoprazol. Se le traslada a hospitalización general donde ingresa en el servicio de medicina intensiva.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras unos días hospitalizada es diagnosticada de pancreatitis aguda causada por la presencia de numerosos cálculos biliares, y requiere de reposo gástrico, hidratación intravenosa de mantenimiento y analgésicos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pancreatitis aguda.

**CONCLUSIONES:** La paciente es diagnosticada de pancreatitis y por ecografía se comprueba colelitiasis. Se trata con pauta antibiótica y la paciente mejora, quedando afebril y asintomática. Una nueva ecografía de control demuestra la persistencia de la colelitiasis, por lo que se decide tratamiento quirúrgico, realizándose colecistectomía. La intervención quirúrgica transcurre sin problemas y el postoperatorio inmediato es correcto. La evolución en planta transcurre sin incidencias. En este momento se encuentra asintomática, habiéndose resuelto la pancreatitis que motivó el ingreso. Gracias al Proceso de atención de enfermería se pueden determinar los cuidados individualizados más acertados para el paciente con pancreatitis y el consiguiente seguimiento de sus autocuidados. La paciente es dada de alta requiriendo precauciones higiénico-dietéticas y reposo.

**PALABRAS CLAVE:** PANCREATITIS AGUDA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, COLELITIASIS, NECESIDADES BÁSICAS.

## VASCULITIS ASOCIADA A ANCA/ GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS (WEGNER) CON AFECTACIÓN RENAL, CARDIACA Y SNP

ANA CALLEJA RAMIREZ, ANA BELÉN DOMÍNGUEZ GARCÍA, CARMEN ESPADA MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 55 años con diagnóstico de "artritis reumatoide en 2008". Insuficiencia aortica severa, prolapso de velo. Acude por bronquitis, artralgias, fiebre, lesiones purpúricas en extremidades y parestesias distales MMII

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, consciente, alerta y orientado. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Afebril y eupneico en reposo. Peso 50 kg. A la auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos a 74 spm, sin soplos no extratonos. Murmullo vesicular conservado, hipoventilación generalizada sin estertores. Abdomen normal. No focalidad neurológica. Locomotor: palpación dolorosa en articulaciones generalizada. En radiografía de tórax: infiltrado pulmonar en vidrio deslustrado y nódulos pulmonares. Se realiza estudio de autoinmunidad detectándose Anca MPO positivos 298 U/mL. Biopsia renal: Glomerulonefritis necrotizante paucimun. En la analítica destaca: Ig 638, complemento normal, IFE en orina -, ANA -, ANCA + (1/80) MPO61, PR3 <0.2, Ac antiMBG -, homocisteína 40, C3 47, C4 7.4 BQ normal salvo una PCR: 175.5, Hemograma: Leucocitos, plaquetas normales, Hb 8, VCM: 77, VSG: 40mm/h.

**JUICIO CLÍNICO:** Vasculitis asociada a ANCA/ Granulomatosis con poliangeitis (Wegener) con afectación renal, cardiaca y SNP. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artritis reumatoide, neumopatías intersticiales, granulomatosis células de Langerhans, enfermedad de Letterer-Siwe, tuberculosis pulmonar, Vasculopatías sistémicas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Sin tratamiento, los pacientes pueden morir en unos cuantos meses. Con tratamiento, la perspectiva para la mayoría de los pacientes es buena. Los estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes que reciben corticosteroides y ciclofosfamida mejoran mucho más.

**CONCLUSIONES:** El no diagnosticar la enfermedad ni por tanto tratarla, implica que los síntomas regresen generalmente a los 2 años después de suspender el tratamiento. De ahí la importancia de tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial.

**PALABRAS CLAVE:** VASCULITIS, ANCA, GRANULOMATOSIS WEGENER, ARTRITIS REUMATOIDE.

## **ABORDAJE ACERCA DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO**

LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica causada por alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. Bajo el término pie diabético nos referimos a las complicaciones que pueden aparecer en el pie del paciente diabético asociadas a la presencia de neuropatía o enfermedad arterial periférica: infección, úlcera y destrucción de tejidos profundos. Se recomienda realizar una exploración del pie a todos los pacientes diabéticos anualmente, o con mayor frecuencia si la persona tiene un riesgo alto de padecer úlceras.

**OBJETIVOS:** Estandarizar la exploración del pie diabético.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diferentes artículos de revista y guías clínicas.

**RESULTADOS:** **INSPECCIÓN CUTÁNEA:** Color y turgencia cutánea, aumento de la presión plantar (eritema, callosidades...). Alteraciones de la piel: grietas, heridas, úlceras, hiperqueratosis, eccema, ampollas... Uñas de los pies: hiperqueratósicas, encarnadas, corte recto. **EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:** Sensibilidad protectora: con el monofilamento de Semmens-Weinstein. Sensibilidad vibratoria: con un diapasón de 128Hz. Sensibilidad dolorosa: con una punta metálica roma (Pinprick). Sensibilidad superficial: con un pincel. Sensibilidad térmica: con un objeto metálico (frío) o uno de plástico (caliente). Exploración de reflejos aquileos. **EXPLORACIÓN VASCULAR:** Valorar presencia de los pulsos tibiales, poplíteo y femoral. Valoración Índice tobillo-brazo (ITB) para valorar el flujo periférico. Temperatura y coloración de los pies. **EXPLORACIÓN OSTEOARTICULAR:** Deformidades de pie: dedos en garra, dedos en martillo, hallux valgus, artropatía de Charcot.

**CONCLUSIÓN:** Las complicaciones relacionadas con el pie son de extrema importancia ya que se puede derivar en amputación de la extremidad. Una buena prevención y un diagnóstico precoz influirían en un mejor control de la enfermedad para disminuir posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** PIE DIABÉTICO, DIABETES, PREVENCIÓN, VALORACIÓN, TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS.

## TEST O' SULLIVAN Y DIABETES GESTACIONAL

LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes gestacional (DG) se define como cualquier nivel de intolerancia a carbohidratos durante el embarazo dando como resultado una hiperglicemia. Es la enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide con la gestación. En los casos que la función pancreática materna es insuficiente para compensar la resistencia insulínica aparece la DG. La DG se diagnostica a través de una curva de glucemia o test de O'Sullivan. Se basa en la determinación de la glucemia en plasma venoso, 60' después de la ingesta de 50 gramos de glucosa a cualquier hora del día e independientemente de la ingesta o no de alimentos previa. Tampoco es necesaria una dieta especial en los días anteriores a la prueba. La sensibilidad del test de O' Sullivan es del 80%.

**OBJETIVOS:** Conocer el algoritmo de actuación al realizar el test O'Sullivan.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diferentes artículos de revista y guías clínicas.

**RESULTADOS:** Un valor inferior o igual 140mg/dl se considera normal. Si se obtiene un valor superior se realizará una curva de glucemia para confirmar el diagnóstico o para programar nuevos controles.

**CONCLUSIÓN:** En embarazadas de alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional se recomienda hacer el despistaje con el test de O' Sullivan en la primera visita del embarazo y también entre las semanas 24-28 y 32-36 de la gestación. En las que tienen un riesgo moderado-bajo la recomendación es realizar un único test de O' Sullivan entre las semanas 24-28 del embarazo (2). El test O'Sullivan se realiza en el primer trimestre de embarazo si existen factores de riesgo como edad superior o igual a 35 años, obesidad, intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas, antecedente de diabetes en familiar de primer grado, antecedente de hijo nacido con macrosomía.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, GESTACIONAL, EMBARAZO, CRIBADO.

## PACIENTE PEDIÁTRICA CON DIABETES MELLITUS 1

MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niña de nueve años de edad a la que llevan sus padres a urgencias por debilidad, cefalea, fiebre de 24h de evolución con tos abundante y mucosidad. Los padres comentan que le cuesta respirar desde hace varias horas. No tiene dolor abdominal ni náuseas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se objetiva mucosas pastosas, ojerosa y con aliento olor a cetona. Palidez cutánea con relleno capilar enlentecido y respiración de Kussmaul, tiraje a tres niveles y buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos. Constantes vitales: FC 158lpm, FR 49rpm, Sat O2 97%, TA 93/41, T° 37.9°C. El neurólogo también realiza valoración pero solo objetiva tendencia a una ligera somnolencia. Se le realiza analítica con los siguientes resultados: Glucemia 475mg/dl, Gasometría venosa: ph 6.92, PCO2 19mmHg, HCO3 3.8Mmol/l, EB -27.6. Además se encuentra con Na 128.6MEq/l, K 2.6 MEq/l, creatinina 1.14Mg/dl, lipasa 166UI/l. Las muestras sanguíneas resultan muy lipémicas. Se entrevista a los padres y refieren cuadro de dos meses de evolución de pérdida de peso de 6kg, poliuria, nicturia, polidifagia y polidipsia. Sin antecedentes familiares de diabetes, ni enfermedades autoinmunes ni dislipemias.

**JUICIO CLÍNICO:** Diabetes Mellitus tipo 1. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza plasmaféresis, que no llega a completar por coagulación del filtro a los pocos minutos, rehidratación iv, aportes elevados de insulina iv en perfusión y heparina sódica en perfusión iv. Se produce rápida mejoría de la dislipemia.

**CONCLUSIONES:** La paciente ha presentado un cuadro de cetoacidosis diabética secundario a un debut de la diabetes mellitus tipo 1. Este trastorno suele afectar a menores de 40 años, con una prevalencia del 15% y una etiología autoinmune. Sus complicaciones son la cetoacidosis diabética (como presenta el caso) y microangiopatía. Su tratamiento una vez resuelto el cuadro es una combinación de insulina, dieta y ejercicio.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, TIPO 1, CETOACIDOSIS, DEBUT.

## MUJER ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE TOXIINFECCIÓN

MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 43 años de edad, fumadora de medio paquete al día, con antecedentes personales de tabaquismo y obesidad asociada a factores de riesgo cardiovasculares. Acude al hospital por un cuadro de vómitos, diarrea, calambres, dolor abdominal, sin fiebre y con evolución de síntomas a las seis horas de la ingesta de un flan.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Observamos en la historia clínica que la paciente presenta dislipemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica tipo angor inestable, diabetes tipo 2 diagnosticada hace siete años, afectación de órganos diana por retinopatía y nefropatía diabética e insuficiencia renal crónica en estadio 3. Se decide realizar valoración del estado nutricional por la asociación con enfermedades cardiovasculares y se realiza exploración física, encuesta dietética y valoraciones antropométricas. Signos vitales: FC 110lpm, FR 56rpm, TA 140/90, SatO<sub>2</sub> 96%, T<sup>a</sup> 36.6°C. Estudio inmunológico: Linfocitos < 1200/mm<sup>3</sup>, test de inmunidad: hipersensibilidad cutánea retardada. Peso 92kg, Talla 154cm, circunferencia de cintura 91cm, índice cintura-cadera 0.9, Mucosas húmedas e hipocoloreadas, tejido celular subcutánea no infiltrado y tejido adiposo en cuello, hombros y sector superior del abdomen.

**JUICIO CLÍNICO:** Toxiinfección por *Staphylococcus aureus*. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente presenta una infección por esta bacteria ya que su período de incubación es corto y los síntomas predominantes son los que presenta la paciente.

**PLAN DE CUIDADOS:** Su curación completa se produce en un plazo de 1-2 días. Además del tratamiento para la rehidratación de la paciente, se le recomienda una dieta adaptada a sus necesidades para bajar de peso y se le proporciona una serie de medidas para llevar una vida saludable.

**CONCLUSIONES:** El *Staphylococcus aureus* es una bacteria anaerobia gram-positiva, muy resistente en el medio ambiente. Su principal reservorio son los animales y humanos y sus toxinas son altamente estables y resistentes al calor, congelación e irradiación.

**PALABRAS CLAVE:** OBESIDAD, TOXIINFECCIÓN, STAPHYLOCOCCUS AUREUS, FACTORES DE RIESGO, CARDIOVASCULAR.

## HOMBRE CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 76 años que acude a urgencias derivado de su centro de salud por presentar en las últimas horas un cuadro que se caracteriza por dificultad para el habla y pérdida de fuerza del miembro superior derecho junto con desviación de la comisura bucal. Viene acompañado de su mujer con la que convive. Antecedentes personales: no hábitos tóxicos, HTA de larga evolución y mal controlada, intervención de cataratas hace cinco años, artritis gotosa con dos brotes y síndrome depresivo diagnosticado hace tres años.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Al explorarlo se afirma que el paciente se encuentra consciente, orientado, pupilas isocóricas y reactivas, bien hidratado. Presenta afasia. Signos vitales: TA 190/130, FC 78lpm, SatO<sub>2</sub> 100%. Auscultación normal y abdomen blando y depresible. No masas ni organomegalias. Se canaliza una vía de buen calibre, se saca analítica y se realiza EKG. Además, se realiza resonancia magnética, doppler carotídeo y estudio de coagulación.

**JUICIO CLÍNICO:** Accidente cerebrovascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los resultados de las pruebas y los síntomas que acompañan al cuadro, el equipo médico diagnostica un accidente cerebrovascular de tipo infarto lacunar. Están producidos, principalmente, por crisis hipertensivas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se le realiza tratamiento fibrinolítico con estreptoquinasa y se realizan los cuidados generales y adaptados durante su ingreso, tales como facilitar la comunicación mediante tablas (afectación del área de Broca, por lo que nos entiende).

**CONCLUSIONES:** Los infartos lacunares son pequeños infartos no más de 15mm que se producen por la afectación de pequeños vasos con circulación terminal. Normalmente, la afectación suele ser de la arteria cerebral media que produce una hemiparesia y hemihipoestesia espástica contralateral de predominio Facio-braquial, acompañado de afasia cuando afecta al hemisferio dominante, como es el caso del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** ACV, LACUNAR, SINTOMATOLOGÍA, ANTECEDENTES.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DIABETES GESTACIONAL

FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD, GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO

**INTRODUCCIÓN:** La Diabetes Gestacional (DG) se define como la intolerancia a la glucosa que se reconoce por primera vez durante el embarazo.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es analizar el concepto, los cuidados y el diagnóstico de la diabetes gestacional.

**METODOLOGÍA:** Para la realización de esta revisión se han utilizados revistas científicas, la editorial de revista (Elsevier), así como la búsqueda a través de google académico.

**RESULTADOS:** La DG puede ocurrir en dos situaciones: 1. En mujeres que ya padecían diabetes Tipo 1 o Tipo 2 desde antes del embarazo. 2. Mujeres con diabetes solo durante el embarazo. Una vez realizado el diagnóstico, los cuidados hacia el paciente serán los mismos que se utilizan para un paciente con Diabetes: • Educación del paciente. • Garantizar la administración de insulina, si se requiere. • Familiarizar al paciente con la automonitorización de la glucosa sanguínea. • Fomentar una dieta equilibrada y una buena actividad física. • Apoyo psicológico. Para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería es indispensable que el enfermero realice una valoración, que establezca los diagnósticos de enfermería y por último una buena intervención. Las intervenciones se clasifican: • Prescritas por la enfermera. • Prescritas por el médico. Contenidos de la visita de enfermería: • Anamnesis: hipoglucemias, poliuria, polidipsia, pérdida de peso... • Evaluación de la alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico. • Exploración. • Educación de la diabetes.

**CONCLUSIÓN:** Se debe llevar un control exhaustivo en las embarazadas, con controles periódicos. Si se diagnostica la DG, es muy importante informar y controlar a la paciente, para ello se implantaran consultas de enfermería, además de con el médico. Una dieta sana y ejercicio físico mejoraran la DG.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES GESTACIONAL, TIPOS DIABETES GESTACIONAL, ACTUACIÓN ENFERMERA, INTERVENCIÓN ENFERMERA.

## **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD, GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS

**INTRODUCCIÓN:** La trombosis venosa profunda (TVP) es un proceso que causa complicaciones como el síndrome postflebítico y el embolismo pulmonar.

**OBJETIVOS:** Analizar el concepto, diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda.

**METODOLOGÍA:** Para la realización de esta revisión se han utilizados revistas científicas, en la editorial de revista (Elsevier), así como la búsqueda a través de google académico.

**RESULTADOS:** Una TVP se origina por una acumulación de plaquetas en las válvulas venosas de las extremidades. Este trombo puede desprenderse de la pared venosa como un émbolo o disolverse por el sistema, incorporándose a la pared venosa y dando lugar a incompetencia valvular venosa. El diagnóstico se basa en tres pilares fundamentales: • Probabilidad clínica pretest: se ha establecido un modelo predictivo que tiene en cuenta síntomas, signos y factores de riesgo, que categoriza a los pacientes en alta o baja probabilidad de TVP. • Dímero D: producto de degradación del coágulo de fibrina polimerizada. Sus niveles se encuentran elevados en pacientes con TVP reciente. • Ecografía- doppler: es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico. El doppler- color permite una identificación más precisa del segmento venoso. Sin embargo, es menos útil para el diagnóstico de TVP distales. El tratamiento de elección es la anticoagulación. El más eficaz consiste en la utilización de anticoagulante oral, durante un tiempo prolongado, al que se le asocia heparina durante los primeros 4 o 5 días.

**CONCLUSIÓN:** La TVP puede causar numerosos problemas si no se diagnostica a tiempo, entre ellos la muerte. El diagnóstico se basa en tres pilares fundamentales, probabilidad clínica pretest, dímero D y ecografía- doppler. Se prescribirán anticoagulantes como tratamiento para la TVP.

**PALABRAS CLAVE:** TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, DIMERO-D, ANTICOAGULANTES, ECOGRAFÍA DOPPLER.

## **PACIENTE PEDIÁTRICO QUE ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL**

ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO, PETRONILA MIREIA ALCÁZAR ARTERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 11 años, sin antecedentes. Presenta desde hace 4 meses dolor de hemiabdomen inferior tras la ingesta, tipo cólico de 1 minuto de duración. Pérdida de peso de 5 Kg por disminución de ingesta. No cambios en el hábito intestinal, deposición normal al día sin productos patológicos. No febrícula. Asocia placas rosadas-violáceas induradas en regiones pretibiales, no dolorosas ni pruriginosas. Su médico detecta anemia ferropénica y completa estudio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Dolor a la palpación superficial en hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal. En ambos miembros inferiores placas oscuras duras en regiones pretibiales, no dolorosas que impresionan de eritema nodoso. Sangre oculta en heces (SOH) positiva, HB 11.3 G/dL, HTO 34.3%, VCM 68.9, HCM 22.5, Fe 11.2, PCR 27.2, VSG 100. Ecografía abdominal: engrosamiento difuso de pared de tercio próximo de colon derecho, ciego y de un segmento de íleon terminal con un grosor máximo de 4 mm. No úlceras ni trayectos fistulosos. No colecciones ni líquido libre. No tramos estenóticos. Flujo doppler dentro de la normalidad. Varias adenopatías en región ileocólica la mayor de 7 mm. No líquido intersticial. Gastroscopia normal. Colonoscopia: mucosa de colon descendente y transversal de aspecto normal. Mucosa de colon ascendente, ciego y 10 cm de íleon terminal muy edematosa con úlceras, pseudopólipos y posibles orificios de fístulas. Anatomía patológica: datos compatibles con Enfermedad de Crohn.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Crohn ileo-cólica. Patrón inflamatorio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intolerancia a lactosa, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal, parasitosis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tras realizar exploraciones su Pediatra deriva a Urgencias para ingreso y estudio. Durante este se inicia tratamiento esteroideo intravenoso a dosis plenas, presentando mejoría clínica y consiguiendo tolerancia oral.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad de Crohn puede afectar a personas de todas las edades, el grupo de edad más afectado es el de 15 a 35 años. Sin embargo, la enfermedad de Crohn se puede presentar en niños pequeños. Hay que tener en cuenta esta patología en este grupo de población e intentar llegar al diagnóstico de forma precoz, ya que un inicio temprano de tratamiento mejora la calidad de vida y el pronóstico posterior.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR ABDOMINAL, ANOREXIA, ASTENIA, ANEMIA FERROPÉNICA.

## MUJER DE 67 AÑOS CON EDEMATIZACIÓN FACIAL Y LENGUA ESCROTAL

ALBA MARÍA CASTILLO FERNÁNDEZ, AGUSTIN RODRIGUEZ SANCHEZ, JOSE ANTONIO TRUJILLO PEREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, 67 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), síndrome de colon irritable, hernia de hiato, cervicoartrosis, algodistrofia simpático-refleja del pie derecho, tendinitis del manguito de los rodadores y urticaria crónica. Cuyo tratamiento habitual consiste en bilastina, calcio, alendronato, vitamina D, rupatadina, omeprazol, atenolol, ramipril y troxerutina. La paciente presentaba macroglosia y lengua fisurada, atendida por Dermatología que filió el cuadro, mediante biopsia, como queilitis granulomatosa, para lo que comenzó tratamiento 9 meses antes del ingreso, con prednisona 10mg y doxiciclina 100mg. Tras leve mejoría inicial, vuelve a presentar macroglosia e intensificación de fisuras linguales, con lengua escrotal, además de edematización labial y facial.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración normal, sin ningún otro hallazgo significativo. Pruebas complementarias. Biopsia de lengua compatible con queilitis granulomatosa. Analítica: solo muestra p-ANCA con patrón perinuclear, a título 1/40. TAC de área facial y cervical aumento de densidad de partes blandas y engrosamiento de piel en región mandibular.

**JUICIO CLÍNICO:** El diagnóstico, tras exclusión de las entidades previas, es Síndrome de Merkelsson-Rosenthal, definido por la tríada clásica de edema oro facial recidivante lengua fisurada y parálisis facial periférica, que remite en 3-4 semanas y es recurrente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Malformaciones labiales, linfangiomas, hemangiomas y neurofibromas. Queilitis glandular. Erisipelas recurrentes. Angioedema hereditario. Angioedema alérgico. Síndrome de Ascher. Enfermedad de Crohn. Sarcoidosis.

**PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento de elección es sintomático con corticoides. En nuestro caso, se optó por tratamiento con metronidazol y aumento de dosis de prednisona a 60 mg/día, cuya respuesta clínica fue favorable.

**CONCLUSIONES:** Este síndrome es un desorden neuro-muco-cutáneo, de naturaleza inflamatoria granulomatosa no caseificante de curso crónico y progresivo. El cuadro completo solo se presenta en alrededor del 25% de los casos, siendo más comunes las formas monosintomáticas con edema facial recurrente.

**PALABRAS CLAVE:** EDEMA, FACIAL, MERKELSSON, ROSENTHAL.

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUANA MAZA ROMERO, FELISA VALCÁRCEL MOMBLANT, MARÍA LORETO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Gestante de 10 semanas con 41 años de edad que acude a urgencias por metrorragia e hiperemesis. Primera gestación y sin antecedentes personales de interés. Tras los resultados de las pruebas correspondientes se procede a su ingreso para practicar un legrado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración ginecológica: cuello uterino cerrado, tamaño uterino mayor que amenorrea. Ecografía: confirma incremento de volumen uterino, no se aprecian estructuras embrionarias, cavidad uterina con imagen en “copos de nieve”. Analítica: la hormona beta gonadotropina coriónica humana (B-hcg) está aumentada.

**JUICIO CLÍNICO:** Sospecha de mola hidatiforme, la entidad benigna de enfermedad trofoblástica gestacional. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe hacer un diagnóstico diferencial con: Aborto: por la metrorragia y ausencia de viabilidad embrionaria y se confirma por los hallazgos ecográficos; Embarazo ectópico: por ausencia de estructuras embrionarias en el útero, comprobando los niveles de B-hcg que se duplican rápidamente en embarazo molar mientras en el ectópico aumenta lentamente, y con la imagen ecográfica en “copos de nieve”; Gestación múltiple: Por hiperemesis y aumento de B-hcg descartado por ecografía.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza un legrado minucioso y es necesario un seguimiento con controles de los niveles de B-hcg, ecografías y anticoncepción oral para prevenir embarazo durante al menos un año después del tratamiento para un embarazo molar. Esto permite la realización de pruebas precisas para estar seguros de que el tejido anormal no vaya a reaparecer.

**CONCLUSIONES:** La mola hidatiforme se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico como resultado de la fertilización anormal de un ovocito. Incluye un amplio espectro de entidades clínicopatológicas que va desde la ETG benigna (Mola Hidatiforme) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocidas como Neoplasia. Trofoblástica Gestacional. Es más común antes de los 20 años y después de los 40 años. El diagnóstico es fundamentalmente ecográfico y analítico. Es importante identificar cualquier indicio de enfermedad trofoblástica por la gravedad de su recaída.

**PALABRAS CLAVE:** MOLA HIDATIFORME, METRORRAGIA, HIPEREMESIS, ECOGRAFÍA, GONADOTROPINA CORIÓICA HUMANA.

## **FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA CONFECCIÓN DE BLOQUES HISTOLÓGICOS**

SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA

**INTRODUCCIÓN:** La confección de bloques histológicos es un proceso mediante el cual se incluye un tejido en un medio de inclusión. Tras la comprobación de muestras, el técnico confecciona los bloques histológicos mediante un protocolo, detallado a continuación.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía para conocer la importancia de aportar al tejido un medio sólido y homogéneo con la dureza y plasticidad adecuada para poder realizar cortes de hasta 3 micras de espesor con el micrótopo.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, utilizando los descriptores en español: “procesado de bloques”, “histología” “parafina”. Obteniendo 3 resultados satisfactorios en los últimos 16 años.

**RESULTADOS:** Tras la inclusión de muestras en la sala de tallado, se ejecuta el siguiente protocolo, una vez abierto el casete que contiene la muestra y comprobado sus dimensiones: se tomará un molde que se adapte a la misma y se vertirá un poco de parafina en su base; a continuación, se deja caer la muestra en la parafina líquida y con ayuda de unas pinzas se le dará la orientación deseada. Luego, se colocará el molde en la zona de enfriamiento y una vez fijada la muestra, con ayuda de unas pinzas, se procede a colocar el casete con el número identificativo de biopsia. Se vuelve a rellenar con parafina, y se trasladará el molde a la placa fría para que ésta se solidifique. Por último, se desmolda el bloque y se eliminan los restos de parafina sobrante, dejando el bloque listo para que encaje en el cabezal del microtomo.

**CONCLUSIÓN:** Obtener preparaciones óptimas a partir de una muestra susceptible de estudio histológico por parte del patólogo, mediante un protocolo de trabajo realizado por un técnico en anatomía patológica.

**PALABRAS CLAVE:** BLOQUE, HISTOLÓGICO, MICROTOMO, PARAFINA, MUESTRA, PROTOCOLO.

## **PATOLOGÍA MOLECULAR EN EL CÁNCER DE PULMÓN: CARCINOMA NO DE CÉLULAS PEQUEÑAS EN PULMÓN IZQUIERDO**

SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 59 años acude a consulta por tos, pérdida de peso y debilidad general. Refiere antecedente tabáquico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Al examen físico presenta regular estado general y palidez. A la auscultación presenta disminución del murmullo vesicular en el tercio superior del hemitórax izquierdo. La radiografía muestra una lesión sospechosa en dicha área. Se realiza fibrobroncoscopia para toma de muestra citológica guiada con diagnóstico citológico de: hallazgos citológicos indicativos de carcinoma no de células pequeñas.

**JUICIO CLÍNICO:** Carcinoma no de células pequeñas en el pulmón izquierdo (lóbulo superior) a confirmar en biopsia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La lesión vista en la radiografía era altamente sospechosa de neoplasia, habiendo descartado un origen infeccioso. Con el diagnóstico citológico se procede a toma de biopsia, donde se confirma el diagnóstico de carcinoma no de células pequeñas con posterior estudio inmunohistoquímico, cuyo perfil orienta a un adenocarcinoma poco diferenciado de probable origen pulmonar CPNM (Carcinoma no microcítico del pulmón). La sociedad española de anatomía patológica propone recomendaciones diagnósticas para pacientes CPNM relacionadas con el uso de biomarcadores como el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).

**CONCLUSIONES:** En pacientes que acuden a urgencias con sospecha de neoplasia pulmonar se realiza un circuito de atención que incluye a clínicos, técnicos en anatomía patológica, biólogos y patólogos para el estudio y diagnóstico oportuno del paciente. Expertos recomiendan que en todos los pacientes con CPNM avanzado de células no escamosas, se determine el estado mutacional del gen EGFR en un plazo máximo de 7 días a partir del diagnóstico. La detección de biomarcadores tumorales (EGFR positivo en nuestro caso clínico) permite el empleo de terapias específicas, lo que proporcionará mayor calidad de vida y supervivencia libre de progresión en comparación con la quimioterapia convencional.

**PALABRAS CLAVE:** CARCINOMA, DIAGNÓSTICO, EGFR, BIOPSIA, PULMÓN.

## **DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

MARIA DEL CARMEN ARRABAL ORPEZ, MARIA CINTA ALONSO LIFANTE, MARIA JESUS ARRABAL ORPEZ

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos de la ansiedad constituyen una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y de las que provocan un importante deterioro funcional.

**OBJETIVOS:** Identificar los signos y síntomas de ansiedad. Identificar los signos y síntomas de ansiedad patológica.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de la literatura. La búsqueda de estudios se realizó en las principales bases de datos bibliográficas sin límite de fechas excluyendo artículos en lengua distinta a español, inglés o francés. También se realizó una búsqueda inversa. Uso de los descriptores: ansiedad, patología, trastornos de ansiedad, diagnóstico diferencial.

**RESULTADOS:** La ansiedad normal y la patológica se diferencian en: las características generales, situación o estímulo estresante, grado de sufrimiento, interferencia con la vida cotidiana. En la actualidad los trastornos de ansiedad están recogidos en el DSM IV – TR (asociación de psiquiatras americanos) y en ICD 10 (de la organización mundial de la salud, OMS). Según el DSM – IV los criterios para definir los trastornos de ansiedad son: trastorno de angustia con o sin agorafobia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático. El DSM – IV también define los criterios de la crisis de angustia, y estos son: trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada.

**CONCLUSIÓN:** El personal de enfermería tiene un papel muy importante en la atención de los trastornos de ansiedad, gracias al conocimiento de la enfermedad. El enfermero es un punto clave para la detección de las virtudes o puntos fuertes de estos pacientes así como un buen detector de las debilidades o limitaciones personales. Teniendo estos conocimientos son capaces de planear los mejores cuidados para solventar las áreas de limitación de estos pacientes y así dar una asistencia de calidad.

**PALABRAS CLAVE:** ANSIEDAD, PATOLOGÍA, TRASTORNOS DE ANSIEDAD, **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

## ANÁLISIS DE UN CASO: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

MARIA DEL MAR SIMONELLI MUÑOZ, MARIA DEL MAR URREA SIMONELLI, LUCAS SIMON SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 16 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Presenta dolor abdominal diseminado de características cólicas. El cuadro es multirecidivante y autolimitado y siempre acaba tras deposiciones diarreicas. Refiere hábito intestinal estreñado. No pérdida de peso ni otros signos de alarma. Mejoría del dolor con las deposiciones.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: satO<sub>2</sub> 98% TA 130/70 mmHg, FC 75 lpm, auscultación pulmonar normal sin ruidos sobreañadidos, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias ni signos de peritonismo, distensión y timpanismo a la percusión. RX de abdomen: gas y heces abundantes en marco cólico sin niveles hidroaéreos ni otros hallazgos de interés. Analítica: monocitosis leve, marcadores inflamatorios negativos. Dado el carácter recidivante del cuadro se decide realizar test del aliento que es negativo. Se realiza ecografía abdominal y colonoscopia negativas. Dada la ausencia de organicidad en las pruebas complementarias se diagnostica de síndrome de intestino irritable en base a los criterios de Roma. Se deja tratamiento con espasmolíticos con mejoría franca.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de intestino irritable. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Apendicitis aguda. Cólico nefrítico. Enfermedad inflamatoria intestinal. Hernia de hiato. Gastritis crónica.

**CONCLUSIONES:** Hay que destacar en este caso, que el diagnóstico dado de exclusión, por lo que se deben descartar posibles causas orgánicas de la sintomatología del paciente antes de realizar dicho diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** IRRITABLE, DIARREA, ESTREÑIMIENTO, CÓLICO.

## ASEGÚRESE ANTES DE PRESCRIBIR CUALQUIER MEDICACIÓN

ADRIAN ESTRADA MENENDEZ, ANA CASTRO FUERTES, JUAN ALVAREZ LOPEZ, INES OLAYA VELAZQUEZ, CRISTINA VILLALIBRE CALDERÓN, CAROLINA MARTINEZ LLANA, RUTH RODRÍGUEZ BLANCO, ANDREA VALERIA TORRES FOLTYN, JUAN SEBASTIÁN ALLER ALVAREZ, CRISTINA BOTÉ I FERNÁNDEZ, EMMA SOLÍS LOZANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Antecedentes personales Mujer de 37 años, Enfermera, fumadora de 20 cigarrillos / día desde los 16 años, bebedor aocasional, no alergias medicamentosas Enfermedad actual Acude inicialmente por cuadro de 8 días de evolución con tos mucopurulenta, malestias faringeadas y obstrucción nasal acompañado de dolor centrotorácico al toser. Además ligera astenia. Fiebre de 37.9. Ha tomado por su cuenta Metazmizol, sin mejoría. Acude nuevamente refiriendo que tras el tratamiento pautado (Azitromicina, Idexketoprofeno y corticoide nasal) presentó mejoría. Ahora indica tos irritativa, sobretudo nocturna, presentándose generalmente en salvas intensas con disnea posterior. Exploración física TA 125/75, Tª 37.3°. Auscultación cardiaca, pulmonar y resto de la exploración física normal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Pruebas complementarias: Radiografía de tórax normal. Hemograma: 8700 leucocitos/mm<sup>3</sup> con fórmula normal. Bioquímica normal, VSG 15. Espirometría: FVC 106%, FEV1 104%, FEV1/FVC 80%, MMEF 95%. SaO<sub>2</sub> 98%.

**JUICIO CLÍNICO:** Estamos ante un paciente joven sin antecedentes de interés que inicialmente la clínica orientara hacia una traqueobronquitis. Luego, la tos persistente y la disnea asociada, nos orientaran hacia un cuadro de hiperreactividad bronquial secundaria a la bronquitis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Asma bronquial, sinusitis, tuberculosis. Neumonía típica y atípica. Bronquitis crónica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Sintomático: Antipiréticos, analgésicos, descongestionantes nasales, antitusivos... Antibiótico: únicamente indicado en cuadros de varios días de evolución asociados a esputo purulento y alteración del estado general. Se iniciaría tratamiento con Macrólidos. Hay que tener en cuenta que los gérmenes más frecuentes causantes de esta patología, los virus, Chlamydia pneumoniae y Micoplasma pneumoniae. Las bacterias son menos frecuentes. Hiperreactividad bronquial: Broncodilatadores y Corticoides.

**CONCLUSIONES:** Esta paciente presenta una clínica inicial muy frecuente en las consultas de atención primaria, sobreprescribiendo muchas veces antibióticos en cuadros compatible con viriasis. Por eso, hay que tener muy claro los signos y síntomas característicos que nos orientarían para una buena prescripción del Antibiótico.

**PALABRAS CLAVE:** SOBRE, PRESCRIPCIÓN, VIRIASIS, ANTIBIÓTICO.

## ESTUDIO DE PACIENTE CON SIGNOS DE COLANGITIS/COLEDOCOLITIASIS

ANA GARCIA DIAZ, M JESUS GARRIDO HERRERA, BEATRIZ DE LA TORRE VAZQUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 82 años, que acude a urgencias por presentar desde ayer sensación de malestar, falta de apetito y fiebre de hasta 39°C; náuseas y vómitos en una ocasión; no dolor abdominal ni otra clínica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza analítica de sangre y ecografía de abdomen que evidencia coledocolitiasis/ colangitis, con signos de insuficiencia renal. Se decide ingreso en planta de hospitalización para su posterior estudio y seguimiento. Durante su ingreso se realiza CPRE: la paciente presenta papila intradiverticular que impide canalización de vía biliar; se canaliza únicamente vía pancreática.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome febril. Posible colangitis aguda. Coledocolitiasis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se presentan las principales diferencias entre colangitis y coledocolitiasis, en cuanto a clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza la valoración de enfermería, siguiendo las necesidades de Virginia Henderson. Los datos fueron obtenidos a partir de la entrevista, el examen físico, la observación, la revisión de informes e historias y la colaboración con otros profesionales. De acuerdo a los datos obtenidos se establece como diagnóstico principal: (00004) Riesgo de infección; para el que se establece como resultado (NOC): (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso; y como intervención principal (NIC): (6540) Control de infecciones.

**CONCLUSIONES:** Se deja en dieta absoluta, cediendo en parte las náuseas; luego se inicia nutrición parenteral por vvp y luego poco a poco se va introduciendo tolerancia con dieta líquida, y progresivamente se va ampliando hasta dieta normal, presentando buena tolerancia. Se administra tratamiento combinando varios antibióticos. El dolor abdominal y la fiebre cede con la analgesia pautada. La paciente evoluciona favorablemente y se va de alta. Acude a sus revisiones periódicas.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE, COLANGITIS, COLEDOCOLITIASIS, PLAN DE CUIDADOS.

## DREPANOCITOSIS Y DESARROLLO DE ANTICUERPOS IRREGULARES

REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER

**INTRODUCCIÓN:** Las hemoglobinopatías estructurales son las alteraciones monogénicas más frecuentes a nivel mundial, sobre todo en países sub/tropicales. Son mutaciones puntuales, deleciones o inserciones en los genes que codifican las cadenas de globina, generando variantes de la hemoglobina normal. La más frecuente, hemoglobina S (HbS), da lugar a Drepanocitosis en portadores homocigotos (HbSS). Estos presentan crisis hemolíticas que pueden precisar transfusión de concentrados de hematíes (C. H. ). Por lo que pueden desarrollar anticuerpos antieritrocitarios con mayor frecuencia que la población normal (19-43%).

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para evitar el desarrollo de aloanticuerpos en pacientes con transfusiones periódicas, sobre todo en edad pediátrica.

**METODOLOGÍA:** Se ha generado un registro con nombre, nº de historia, fecha de nacimiento, sexo, grupo sanguíneo- Rh, fenotipo eritrocitario (antígenos C, c, E, e, Kell, Jka, Jkb, Fya, Fyb) y transfusiones de pacientes drepanocíticos captados en el servicio de Urgencias. Para evitar la formación de aloanticuerpos, se respeta, en la medida de lo posible, el fenotipo eritrocitario descrito.

**RESULTADOS:** Se han diagnosticado 21 casos de Drepanocitosis en los últimos 5 años. De ellos, 11 tienen entre 1 y 11 años, atendidos en Urgencias por anemia. El 63% de los 11 han sido transfundidos, con una media de 6,9, Mediana de 4 y moda de 0. Grupo O, Rh positivo: 9, Grupo A, Rh positivo: 1, Grupo A, Rh negativo: El fenotipo más frecuente para los antígenos más inmunogénicos es “C-c+E-e+K-“. Jka- son 3 pacientes y Jkb – otros 3 diferentes. El 63% son Fy(a-, b-). Un paciente, Le(a-b-), presentaba 1 aloanticuerpo antiLe, presente al inicio de las transfusiones.

**CONCLUSIÓN:** Un criterio de calidad y seguridad en Banco de Sangre debe ser que los pacientes politransfundidos lleguen a desarrollar el menor número posible de aloanticuerpos mediante realización exhaustiva del fenotipo eritrocitario. Así, en drepanocíticos se evitarían limitaciones en el acto transfusional.

**PALABRAS CLAVE:** ANEMIA, DREPANOCITOSIS, ANTICUERPOS IRREGULARES, BANCO DE SANGRE.

## ANTICUERPOS ERITROCIATARIOS ANTI-VEL: A PROPÓSITO DE UN CASO

REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 59 años derivado desde el hospital comarcal para intervención quirúrgica urgente por absceso isquiorrectal izquierdo. Como antecedentes personales presenta DM II, dislipemia, obesidad, estenosis aórtica severa intervenida, anemia crónica en estudio, prótesis mecánica en tratamiento con antivitaminas -k.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente presenta zona indurada, eritematosa y dolorosa en margen perianal izquierdo desde hace 6 días. En la analítica destaca: Hb 6.9, Leucocitos 7880 (87% neutrófilos), plaquetas 110.000, INR 7.27, APTT 51s, fibrinógeno 827 g/dl, PCR 18. En las pruebas de compatibilidad pretransfusional los resultados fueron positivos, no encontrando sangre compatible con el paciente.

**JUICIO CLÍNICO:** Anticuerpos anti-K y anti-Vel. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Durante el ingreso se envió muestra al laboratorio para determinar la causa de incompatibilidad sanguínea y se extrae sangre de 2 familiares con compatibilidad de grupo y pruebas cruzadas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ante la necesidad de cirugía urgente y necesidad transfusional, se administra 4 concentrados de hematíes incompatibles previa a la administración de 3 viales de Protomplex, 2 viales vitamina K, y gammaglobulinas para evitar reacción hemolítica transfusional aguda. Se observó escaso rendimiento transfusional y parámetros de hemólisis elevados.

**CONCLUSIONES:** El paciente debe ser transfundido con Vel- y Kel-, la posibilidad de encontrar Vel- es 0.02%. Dada la dificultad de encontrar hematíes compatibles la actitud a seguir sería: comunicar con antelación cualquier procedimiento que pueda requerir transfusión, mantener niveles adecuados de Hb corrigiendo la causa de anemia y recurrir a los familiares compatibles con donaciones dirigidas al paciente si es necesario. La administración de Gammaglobulinas IV previa a la administración de hematíes incompatibles evita la reacción adversa hemolítica transfusional. Los Vel son antígenos eritrocitarios de alta incidencia. Los aloanticuerpos anti-vel IgM, aparecen después de estímulos inmunizantes. Pueden causar una TCD+ al nacer, una EHRN o una RHT. Los anti-Vel fijan complemento y se observa la hemólisis de glóbulos rojos incompatibles cuando se investiga el suero con este anticuerpo.

**PALABRAS CLAVE:** VEL, ANTICUERPOS IRREGULARES, GAMMAGLOBULINAS, REACCIÓN TRANSFUSIONAL.

## **TRALI, UNA RARA COMPLICACIÓN POSTRANSFUSIONAL AGUDA**

REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** TRALI (edema pulmonar no cardiogénico relacionado con transfusión) es una complicación infrecuente potencialmente mortal, representa la segunda causa de mortalidad por transfusión. Se caracteriza por inicio brusco, hipoxemia, infiltrados pulmonares en Rx de tórax sin sobrecarga circulatoria. Puede ocurrir tras transfusión de hematíes, plaquetas o plasma, provenientes de mujeres múltiparas. Hay varios mecanismos fisiopatológicos para explicarlo: reacción de anticuerpos anti-HLA o antineutrófilos transfundidos con los leucocitos del paciente con aumento de la permeabilidad de la microcirculación pulmonar, activación del complemento, agregación directa de los granulocitos y participación de productos lipídicos reactivos de la membrana eritrocitaria que se acumulan. Mujer árabe de 22 años gestante de 30 semanas ingresada con anemia carencial severa, que precisó transfusión con tres concentrados de hematíes -el primer día del ingreso. El segundo día se transfunde 2 concentrados de hematíes apareciendo malestar general, disnea moderada, taquicardia, taquipnea, febrícula y auscultación pulmonar normal. Tras suspensión de transfusión y tratamiento con 6- metil-prednisonola y metamizol permanece sin disnea, afebril y normotensa. Un día después empeora con disnea severa, tos hemoptoica, taquipnea, taquicardia y crepitanes bilaterales.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza protocolo de reacción transfusional con repetición de grupo, pruebas cruzadas con muestra pretransfusional, postransfusional, TCD+ estudio microbiológico de la bolsa y tubulares negativos. En rx de tórax se aprecia infiltrado intersticial bilateral parahiliar.

**JUICIO CLÍNICO:** TRALI. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico del edema pulmonar no cardiogénico es de exclusión y debe sospecharse siempre que se presente disnea y/o hipotensión en las primeras 24 horas postransfusión.

**CONCLUSIONES:** Las dos últimas unidades transfundidas pertenecían a mujeres múltiparas, que se asocia a mayor frecuencia del TRALI. Recientes estudio avalan el uso de plasma fresco congelado masculino no transfundido para la prevención del TRALI. Se debe investigar los donantes involucrados analizando su implicación en reacciones transfusionales en donaciones anteriores realizando estudio de anticuerpos antineutrófilos, anti-HLA-I y anti-HLA-II.

**PALABRAS CLAVE:** TRALI, EDEMA AGUDO DE PULMON, TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, MULTÍPARAS.

## NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA ASOCIADA A PDGFRB: RESPUESTA A IMATINIB

REMEDIOS GÓMEZ NÚÑEZ, ALEXANDRE XABIER OBELLEIRO CAMPOS, ANDREA ESPUCH OLIVER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Las neoplasias mieloproliferativas y linfoides con reordenamiento PDGFRA, PDGFRB Y FGFR1, son grupos de enfermedades raras que se deben sospechar en pacientes con eosinofilia mantenida (>1500Eo), inexplicada y asociada a afectación orgánica, descartado el síndrome hipereosinofílico que se presentan comouna neoplasia mieloproliferatica crónica. El cariotipo identifica casos con traslocación que afectan a PDGFRB y FGFR1. La mayoría de pacientes con afectación de PDGFRB presentan una traslocación a nivel (5;12). Es importantre reconocer precozmenteestas entidades por la evolución tórpida sin tratamiento adecuado y la buena respuesta con inhibidores de la tirosinkinasa (ITKs) exepcto en FGFR1. Paciente de 54 años que ingresa para estudio de síndrome constitucional, dolor costal y eosinofilia mantenida.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Destaca esplenomegalia de 17 cm, varios infartos esplénicos, y ocupación por infiltración vs trombo en ápex de VD (ecocardiograma). Se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de vasculitis eosinofílica. Aumento de serie eosinofílica en medulograma. Con FISH sin alteraciones y Cariotipo: 46 XY, t (5;12) (q31;p13) en 13 metafase.

**JUICIO CLÍNICO:** Neoplasia mieloproliferativa asociada a pdgfrb. **PLAN DE CUIDADOS:** Ante el diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa asociada a PDGFRB se decide iniciar tratamiento con Inhibidor de la tirosinkinasa (Imatinib) junto a corticoterapia y anticoagulación oral, produciéndose importante mejoría clínica y analítica con normalización de cifra leucocitaria e importante reducción de cifra de Eo.

**CONCLUSIONES:** Aunque las neoplasias mieloproliferativas y linfoides con reordenamiento son entidades raras, la importancia de su diagnóstico precoz radica en su morbimortalidad sin terapia y en su excelente respuesta, que por tener una actividad tirosinkinasa aberrante, responden a Imatinib. Esta respuesta lleva aparejada una mejoría clínica que se traduce en una disminución de la sintomatología y un aumento de la supervivencia, al reducir la cifra de eosinófilos circulantes que ocasionan depósitos a distintos niveles: piel, pulmones, tracto gastrointestinal y a veces corazón y SNC.

**PALABRAS CLAVE:** IMATINIB, SINDROME MIELOPROLIFERATIVO, EOSINOFILIA, PDGFRB.

## **PRUEBAS REALIZADAS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO PARA DIAGNOSTICAR EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO**

FRANCISCO OSCAR FUENTES GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Este síndrome es una alteración del sistema inmune en la que se produce un desorden del estado de hipercoagulabilidad. Se conoce también con el nombre de “Síndrome de la sangre pegajosa” o “Síndrome de Hughes”.

**OBJETIVOS:** Determinar las pruebas realizadas por el Técnico de Laboratorio para diagnosticar el Síndrome Antifosfolípido.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el tema. Han sido consultadas varias bases de datos: Medline, Scielo, NIH. Utilización de varios descriptores: Antiphospholipid Syndrome, Síndrome Antifosfolípido, Diagnóstico Síndrome Antifosfolípido, anticuerpos antifosfolípidos, Síndrome de Hughes.

**RESULTADOS:** Para diagnosticar la enfermedad son necesarias una serie de pruebas, que ha de realizar el Técnico de Laboratorio. Las más importantes son proteína C , proteína S, Factor II, factores del complemento, análisis del Factor IX, recuento de plaquetas, anticuerpos antifosfolípidos, hemograma, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, tiempo de protrombina, antitrombina, tiempo de euglobulina o fibrinólisis. Además de análisis del Factor VIII, vitamina K, fragilidad capilar, dímero D, factor anti-XA, niveles de activador del plasminógeno tisular, actividad del activador inhibidor del plasminógeno I, anticuerpos antinucleares, homocisteína, examen del cariotipo, mutación del Factor V de Leiden, mutación gen de la protrombina y factor reumatoide.

**CONCLUSIÓN:** Este síndrome se suele manifestar sobre todo en mujeres (80%), con edades comprendidas entre 20 y 40 años. Las posibilidades de padecer dicha enfermedad aumentan con los años, siendo más probable si padece alguna enfermedad crónica.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, DIAGNÓSTICO SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS, SÍNDROME DE HUGHES.

## **APROXIMACIÓN A LA SOSPECHA DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA AGUDA MEDIANTE SYSMEX XN**

ANA PILAR SANCHEZ SEVILLA, LAURA GOMIS HORCAJADAS, YOLANDA RICO SANJUAN

**INTRODUCCIÓN:** La sospecha y diagnóstico de los síndromes mononucleósicos (SMNI) se basa en datos clínicos, hematimétricos, morfológicos y serológicos. Los hemocitómetros Sysmex XN proporcionan parámetros de investigación linfocitaria relacionados con la complejidad/dispersión lateral de luz (LY-X), contenido en ácidos nucleicos/proteínas (LY-Y) y dispersión frontal de luz/densidad/tamaño celular (LY-Z), así como parámetros relativos a la dispersión de la distribución de estos parámetros (LY-WX, LY-WY, LY-WZ), que se pueden correlacionar con los cambios linfocitarios propios de la mononucleosis infecciosa aguda (MNIA).

**OBJETIVOS:** Analizar la utilidad de Sysmex XN en el diagnóstico de MNIA.

**METODOLOGÍA:** Hemos analizado los resultados de muestras sangre periférica mediante Sysmex XN de 72 MNIA confirmadas por serología positiva (IgM) a EBV, 130 pacientes con sospecha de MNIA pero con resultado serológico IgM negativo (no-MNIA), y 395 muestras normales.

**RESULTADOS:** Sysmex XN ha proporcionado un número significativamente superior de alarmas de muestra anormal en el caso de MNIA que en los no-MNIA y normales (44,4%, 21,5% y 9,9%,  $p < 0,001$ ). La cifra de leucocitos, linfocitos y células inmaduras también ha resultado superior en los pacientes con MNIA que en el resto. Los parámetros de posición y dispersión del cluster linfocitario han sido significativamente diferentes para LY-X, LY-Y, LY-WX, LY-WY y LY-WZ. No se ha podido identificar un punto de corte de los valores con una sensibilidad, especificidad y valores predictivos suficientes para poder realizar el diagnóstico de MNIA en datos sólo hemocitométricos.

**CONCLUSIÓN:** Los datos del autoanizador Sysmex XN pueden ser de utilidad en el diagnóstico diferencial de los SMNI y sospecha de MNIA, si bien la realización de un frotis de SP y, por supuesto, la confirmación serológica (IgM) siguen siendo fundamentales en la aproximación diagnóstica de los mismos y la confirmación de MNIA.

**PALABRAS CLAVE:** MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, LABORATORIO, SYSMEX, HEMATOLOGÍA.

## INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS POR COLONIZACIÓN NASAL DE MRSA

MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 71 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en el Servicio de Nefrología por presentar tos con 12 días de evolución, niveles de creatinina en sangre de 14 mg/dl y oligoanuria sin globo vesical. Tras varias semanas hospitalizado es diagnosticado de insuficiencia renal aguda (IRA) rápidamente progresiva, causada por una glomerulonefritis por anticuerpos anti-MBG, que requiere inicio de varias sesiones de plasmaféresis (PF) alternadas con hemodiálisis (HD). Es dado de alta requiriendo tratamiento sustitutivo de la función renal con HD de forma definitiva.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Tensión arterial (TA) : 130/80 mm Hg; frecuencia cardíaca (FC) : 84 lpm; temperatura: 36,3°C. No presenta edemas. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de globo vesical. Se recoge exudado nasal para descartar cualquier infección respiratoria, da positivo a la bacteria estafilococo aureus resistente a la metilicina (MRSA).

**JUICIO CLÍNICO:** Riesgo de infección del punto de inserción del catéter central yugular. Riesgo de infección y flebitis del punto de inserción del catéter periférico. Colonización nasal por MRSA.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dada la anamnesis, el paciente presenta como diagnóstico principal infección de la vía respiratoria debido a su colonización por MRSA.

**PLAN DE CUIDADOS:** Revisar diariamente los puntos de inserción de los catéteres para localizar signos de flebitis (rubor, edema, calor, dolor), aplicar precauciones universales como el aislamiento respiratorio, monitorizar constantes vitales (temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial), administrar antibiótico profiláctico.

**CONCLUSIONES:** El paciente es diagnosticado de infección respiratoria para lo cual solo precisará antibiótico y aislamiento respiratorio hasta que desaparezca dicha infección. En cuanto a su disfunción renal, requerirá tratamiento sustitutivo (con HD) de forma definitiva y varias sesiones de PF hasta normalizar los niveles de anticuerpos anti-MGB que dañaban el riñón.

**PALABRAS CLAVE:** MRSA, IRA, INFECCIÓN RESPIRATORIA, COLONIZACIÓN NASAL.

## COMPLICACIONES DE TRASPLANTE HEPATORRENAL EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 39 años, soltero y viviendo con su hermana en un piso. Como antecedentes personales destaca insuficiencia renal crónica grado IV, secundaria a hiperoxaluria, y tratada con hemodiálisis. Actualmente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos tras 48 horas después de realizarle un trasplante hepático-renal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente está hemodinámicamente estable y eupneico, con drenaje Silastic en el abdomen derecho de contenido serohemático, y drenaje de Kher de contenido bilioso. Abdomen duro y distendido. Se encuentra anúrico y con edema generalizado. Análíticamente se observa una acidosis metabólica moderada, un BUN de 55 mg/dl y proteínas plasmáticas de 2.7 Mg/dl. Se inicia tratamiento con hemodiálisis al no funcionar tratamiento previo con furosemda, y se continúa con antibiótico e inmunosupresores.

**JUICIO CLÍNICO:** Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores: insuficiencia renal terminal manifestado por síndrome urémico y edema generalizado, deterioro del intercambio gaseoso. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Los datos de la anamnesis sugieren como diagnóstico principal el deterioro del intercambio de gases por acidosis metabólica, también existe un exceso de volumen de líquidos que se manifiesta con uremia y anasarca. Se comienza tratamiento de hemodiálisis al no funcionar la furosemda y se continúa con tratamiento antibiótico e inmunosupresor.

**PLAN DE CUIDADOS:** Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. Auscultar sonidos pulmonares. Observar el color, la temperatura y la humedad de la piel. Observar si hay signos/síntomas de retención urinaria. Restringir los líquidos, si procede. Realizar/administrar tratamiento según pauta médica.

**CONCLUSIONES:** El paciente debería mejorar su situación clínica con la hemodiálisis reduciendo así el edema generalizado, la uremia y la acidosis, se trata de un tratamiento temporal hasta que el riñón trasplantado empiece a funcionar, de no ser así el paciente tendrá que continuar con sesiones periódicas de hemodiálisis.

**PALABRAS CLAVE:** IRC GRADO IV, ANASARCA, UREMIA, TRASPLANTE HEPATORRENAL, ACIDOSIS METABÓLICA.

## MUJER OBESA CON DOLOR AGUDO TRAS CAIDA

MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 55 años que acude al servicio de urgencias por caída casual en el trabajo presentando dolor, impotencia funcional y deformidad en miembro inferior izquierdo (MII). Presenta obesidad, resto de antecedentes personales sin interés. Vive con su hermana, la cual no conduce y se decide que pase la noche en la unidad de observación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza radiografía de MII donde se observa deformidad en el pie izquierdo, pues fue la zona de apoyo durante la caída.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor agudo relacionado con agente lesivos y manifestado por un nivel máximo en la escala visual analógica (EVA) del dolor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dada la situación actual del paciente nos encontramos con un claro diagnóstico principal como es el dolor agudo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

**CONCLUSIONES:** Tras la anamnesis de la paciente se formula un diagnóstico principal de enfermería, el dolor agudo, el cual es valorado inicialmente en el servicio de urgencias, y es vuelto a valorar al día siguiente en Observación. Finalmente se realiza un informe al alta para su derivación y continuidad de cuidados en Atención Primaria. El paciente es inmovilizado con una férula y se le proporciona bastones o muletas para impedir el riesgo de nuevas caídas. También se establece con la familia una dieta adecuada a sus necesidades para tratar la obesidad.

**PALABRAS CLAVE:** OBESIDAD, DOLOR AGUDO, ESCALA AGUDA DEL DOLOR, INMOVILIZACION, FERULA.

## DIAGNOSTICO DE TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO

MATILDE COLLADO MEDINA, SANDRA RUIZ ACOSTA, JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 68 años que ingresó en el servicio de urgencias porque presentó pérdida de peso brusco aparentemente desde hace 8 meses, fatiga y hemorragia del tracto gastrointestinal superior. Antecedentes familiares de gastritis crónica con anemia perniciosa.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se palpa masa abdominal y disminución en los glóbulos rojos que ocurre cuando los intestinos no pueden absorber apropiadamente la vitamina B12. Se realizan pruebas de imagen (TAC de tórax, abdomen y pelvis) para determinar la extensión del tumor y las metástasis. El diagnóstico y la evaluación preoperatoria del cáncer gástrico se confirman con la laparoscopia.

**JUICIO CLÍNICO:** (C16.2) Neoplasias malignas del cuerpo del estómago. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue de úlcera gástrica, tras estudios anatomopatológicos se diagnostica neoplasia maligna del cuerpo del estómago.

**CONCLUSIONES:** La mayor incidencia por edad se encuentra entre los 50 y 70 años, con una incidencia máxima alrededor de los 60 años, siendo infrecuente antes de los 30 años. La cirugía es el tratamiento más importante. Se realiza una gastrectomía parcial, se extirpa alrededor de las dos terceras partes del estómago. Se concluye el tratamiento con radioterapia. Se usan fotones de energías superiores a 4 Mv y dosis de 45-54 Gy a 1,8 Gy/día. En general se administra de forma concomitante a la quimioterapia.

**PALABRAS CLAVE:** ANEMIA PERNICIOSA, VITAMINA B12, C162, NEOPLASIA, QUIMIOTERAPIA.

## **DISNEA, HIPERTERMIA Y EXPECTORACION EN PACIENTE CON EPOC**

MAITE GONZALEZ VEGA, ANGEL MARIN COSTANILLA, MARIA CARMEN MATA ALCAIDE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 67 años que acude al servicio de urgencias por disnea, hipertermia y expectoración de 2 días de evolución. Como antecedentes personales refiere no tener ninguna alergia medicamentosa conocida, refiere hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con oxígeno a domicilio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se le realiza una auscultación de las vías respiratorias observándose la presencia de roncus y silbilancias. Se le toma la temperatura, 38,2 °C y posterior se saca analítica y hemocultivos.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipertermia relacionado con la exposición a ambientes excesivamente calientes, enfermedad y deshidratación entre otros factores. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Los datos recogidos durante la exploración del paciente y sus antecedentes personales nos indican que el paciente presenta como diagnóstico la hipertermia y la limpieza ineficaz de las vías aéreas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Recoger periódicamente signos vitales como temperatura, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, tensión arterial y frecuencia cardiaca. Observar color y humedad de la piel. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada. Administrar tratamiento antibiótico, antipirético y de expectoración según pauta médica. Administrar oxígeno según precise. Realizar fisioterapia torácica y cambio postural del paciente para facilitar el movimiento y la eliminación de las secreciones. Auscultar ruidos respiratorios.

**CONCLUSIONES:** Tras la administración de antibiótico, antipirético y oxigenoterapia con aerosoles cada 8 horas, según prescripción médica, además de una correcta eliminación de secreciones bronquiales que había en exceso, el paciente se empieza a encontrar mejor, pudiéndole dar el alta y continuar ya solo con los antibióticos y oxígeno en su domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, DISNEA, HIPERTERMIA, OXIGENO DOMICILIARIO, EXPECTORACIÓN.

## **PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE Y CONTROL DEL DOLOR**

MARIA LOPEZ LORITE, MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO

**INTRODUCCIÓN:** Según la Asociación del Estudio del dolor, el dolor es definido como "la experiencia sensitiva emocional y desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos". Se pueden diferenciar varios tipos: dolor agudo, crónico, asociado al cáncer, etc. Además existen varias teorías que describen la ruta de la transmisión del dolor como es la Teoría de Melzack (teoría de la compuerta de control de dolor).

**OBJETIVOS:** Conocer el papel de la enfermería en el abordaje del dolor y su control.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas existentes sobre este tema. Se han realizado búsquedas bibliográficas en 3 bases de datos: Cuiden Plus, Scielo y Pubmed, utilizando como descriptores MeSH: "dolor", "cuidados de enfermería", "valoración", "pain", "nursing care" y "evaluation". Se encontró 113 artículos de los que fueron seleccionados 22 tras la aplicación de los criterios de inclusión: 1. Artículos en castellano e inglés; 2. Artículos a texto completo gratuito; 3. Artículos publicados entre los años 2005-2018.

**RESULTADOS:** Los estudios analizados muestran que, la enfermería, antes de tratar el dolor debe hacer una valoración de las características de este: intensidad (usando escalas de valoración del dolor), duración y momento de inicio, localización, factores que lo modifican, etc. Además debe de vigilar el dolor agudo, administrar tratamiento farmacológico y poner en práctica el tratamiento no farmacológico y evaluar la eficacia de dicho tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** Tras el análisis de los estudios encontrados se puede concluir que, para el abordaje del dolor, la enfermería tiene un papel muy importante. Debe hacer una valoración de la intensidad, utilizando el sentido común y escalas, como la de EVA. A la hora de tratarlo, los métodos no farmacológicos más efectivos son la aplicación de frío y calor, estimulación cutánea y la terapia de relajación simple.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, VALORACIÓN, PAIN, NURSING CARE, EVALUATION.

## DIAGNOSTICO DE TUMOR LARÍNGEO ZONA SUPRAGLÓTICA

JOSÉ MIGUEL RAMIREZ GALLEGO, MATILDE COLLADO MEDINA, SANDRA RUIZ ACOSTA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 46 años de edad, fumadora que acudió al centro de salud y es derivada al servicio de urgencias presentado síntomas de disfonía, dolor al tragar e inflamación en el cuello y tos con frecuencia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza exploración física mediante palpación sobre la zona, pruebas complementarias de citología por punción de un ganglio, la primera manifestación de la enfermedad es el crecimiento de un ganglio en la región del cuello. Realización de una endoscopia y se extrae una pequeña muestra de tejido (biopsia), es frecuente que se realice una punción con aguja fina, lo que permite obtener material del nódulo aumentado de tamaño. Así, se obtienen células que son estudiadas por el Servicio de anatomía patológica. Las Radiografía de tórax para estudiar los pulmones y descartar afectación por metástasis.

**JUICIO CLÍNICO:** Carcinoma laríngeo supraglótica estadio III. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue de, condrosarcoma laríngeo. Después de exploraciones y estudios histopatológicos se diagnostica carcinoma laríngeo estadio III.

**CONCLUSIONES:** El cáncer de laringe es el más frecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello, y dentro de ellos la localización más frecuente es la glotis (60%). El 95% de los pacientes afectados por este tipo de cáncer son fumadores, también se asocian a la ingesta de alcohol sobre todo los del área supraglótica. Se le realiza tratamiento quirúrgico con la laringectomía supraglótica que se extirpa solamente la región supraglótica de la laringe y linfadenectomía que es la extirpación de los ganglios linfáticos de la zona del cuello.

**PALABRAS CLAVE:** DÍSFONIA, GANGLIO, BIOPSIA, METASTASIS, SUPRAGLÓTICA, LARINGECTOMIA.

## A PROPÓSITO DE UNA ULCERA EN EL TALÓN

ISRAEL JESUS GONZALEZ MORENO, SAHIDA GONZALEZ MORENO, LUCIA ORTEGA DONAIRE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que acude a nuestro servicio por haber presentado hacía 29 días un corte accidental en el talón con una baldosa al andar descalzo. Al no presentar dolor no le concedió importancia y a los 15 días consultó con su médico. Se le prescribió antibioterapia y curas. Fue enviado a su hospital de referencia y se indicó un diurético y que siguiera con curas locales. En estos últimos 15 días presentaba mal control glicémico, fiebre y escalofríos. Como antecedentes DM tipo 2 de 20 años de evolución y en tratamiento con insulina. Retinopatía diabética tratada con láser. Exfumador desde hace 30 años. Dislipemia. No HTA, ni cardiopatía ni AVC previos. Nunca lesiones en los pies. No alergias medicamentosas conocidas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración clínica se apreciaba úlcera en cara externa del talón derecho, con necrobiosis central e importante eritema periulceroso. Fetidez. Edema importante de todo el pie. Adenopatías inguinales. Pulso poplíteo presente y ausencia de pulsos distales. Estudio Doppler: Presiones sistólicas en el pie imposibles de calcular por calcificación arterial. Sensibilidad vibratoria negativa. Semmes-Weinstein: 0/10.

**JUICIO CLÍNICO:** Úlcera en el talón con celulitis necrosante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con el diagnóstico de infección necrosante de partes blandas amenazante de la extremidad fue sometido a cirugía urgente.

**CONCLUSIONES:** Establecer una adecuada prevención en los pacientes con diabetes es extremadamente importante para evitar, controlar y minimizar la aparición de pie diabético y, por ende, sus complicaciones. La presencia de pie diabético es la complicación más grave y costosa entre todas las que la Diabetes Mellitus desencadena. La existencia de una ulceración puede ser en muchos casos, el principio de una amputación mayor o menor con las consecuencias que esto implica.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, PREVENCIÓN, PIE DIABÉTICO, ÚLCERA.

## UTILIZACIÓN Y CUIDADOS DE UN GORETEX

ELISA FERNANDEZ JIMENEZ, MARIA GRACIA FERNÁNDEZ JIMÉNEZ, LAURA BUENDIA GONZALEZ

**INTRODUCCIÓN:** Un paciente en hemodiálisis debe de disponer de un acceso vascular (AV), a través del cual se hace llegar fácilmente la sangre del paciente al monitor en el que se realizará diálisis. Existen diversos accesos vasculares, entre los que se encuentra la fístula arteriovenosa; fístula con prótesis (Goretex) y el catéter.

**OBJETIVOS:** Identificar qué es un Goretex. Conocer los accesos vasculares de elección y los alternativos.

**METODOLOGÍA:** Este estudio es una revisión bibliográfica que se sustenta en el desarrollo de las técnicas propias de la metodología cualitativa. Para la realización, se ha hecho una búsqueda automatizada en las siguientes bases de datos: dialnet plus, ciberer, future medicine, pubmed y medline plus. En cada una de ellas se han utilizado unos criterios generales de inclusión/exclusión para filtrar los artículos.

**RESULTADOS:** Los accesos vasculares autólogos y en especial la FAV radiocefálica son los más usados en diálisis, sin embargo cuando estos no son posibles o se deterioran con el uso, se debe de realizar un AV protésico o goretex, que se crea mediante la interposición de un tubo de plástico en forma de U para unir una arteria y una vena en brazo y/o muslo. Los injertos AV no suelen ser tan duraderos como las fístulas, pero con los cuidados adecuados estos pueden durar varios años.

**CONCLUSIÓN:** Actualmente, la técnica de hemodiálisis (HD) ha adoptado una efectividad terapéutica que hace que el acceso vascular sea el principal factor a considerar para llevarla a cabo y para la supervivencia del paciente con insuficiencia renal crónica. Sin embargo, estos accesos vasculares se ven deteriorados con el tiempo a causa del uso continuo del AV, el deterioro mecánico debido a la punción múltiple y repetida y los fenómenos hemodinámicos sanguíneos (hipercoagulabilidad, hiperplasia, etc. ). Que provocan lesiones oclusivas arteriales y venosas que influirán en la duración del AV.

**PALABRAS CLAVE:** GORETEX, ACCESO VASCULAR, CUIDADOS, DIÁLISIS.

## **PACIENTE MUJER QUE PRESENTA NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO**

ISRAEL JESUS GONZALEZ MORENO, LUCIA ORTEGA DONAIRE, SAHIDA GONZALEZ MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 58 años de edad que acude al servicio de urgencias por disnea con dos horas de evolución, acompañada de tos y expectoración. La paciente se encuentra taquipneica (35 respiraciones por minuto) con gran trabajo respiratorio y tiraje intercostal. Presenta cianosis distal y en labios, nos refiere ligero dolor en la espalda, sobre todo cuando tose. Antecedentes personales: hipertensa, diabética tipo II, diagnostica de EPOC en 2016. Tratamiento habitual: captopril 25mg, metformina, Oxigenoterapia domiciliaria a 2 litros 16 horas al día. Hace un año que dejo de fumar (20 cigarros diarios durante más de veinte años).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración general aportó los siguientes datos: 152/71 mmHG, FC 138lpm, SAT de O<sub>2</sub> con oxigenoterapia 68%. Temperatura 37°C. Glasgow 15/15. El electrocardiograma nos muestra ritmo sinusal a 138lpm (taquicardia sinusal). Los resultados de la gasometría arterial son: PH: 7.15 PCO<sub>2</sub>: 88, Po<sub>2</sub> 46 (acidosis respiratoria). En la radiografía de tórax se pudo apreciar que la paciente presentaba un neumotórax en el pulmón derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Neumotórax espontáneo en el pulmón derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con una paciente de estas características el abanico de posibilidades podría ser muy amplio, podíamos sospechar de ansiedad, obstrucción de vía aérea, crisis asmática, Neumotórax a tensión, TEP, fallo cardíaco y exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Una vez realizada la valoración y con los resultados de las pruebas complementarias, podemos asegurar que la paciente presenta neumotórax espontáneo.

**CONCLUSIONES:** El colapso pulmonar ocurre cuando entra aire en el espacio pleural, si el colapso es total hablamos de neumotórax, si solo una parte del pulmón se colapsa, hablamos de atelectasia. Es muy común considerar el neumotórax como posible causa de disnea súbita, sobre todo en pacientes con antecedentes de EPOC.

**PALABRAS CLAVE:** NEUMOTÓRAX, EPOC, RESPIRACIÓN, OXIGENOTERAPIA.

## **ESTUDIO DE UN PACIENTE CON CÓLICO NEFRÍTICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS**

ANDREA GOMEZ BENITEZ, MARÍA ESTHER PIÑERO SÁNCHEZ, IRENE MORILLAS CÁMARA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 37 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace 5 horas dolor intenso en flanco izquierdo, irradiado a zona genital. El dolor no se modifica con los movimientos, ni mejora en reposo. Desarrolla episodio de náuseas y vómitos, además de fiebre. Antecedentes personales: HTA, hiperuricemia desde hace 2 años, colesterol. Padre con litiasis renal. Tratamiento actual: Acetensil 20mg, Alopurinol 100mg, Crestor 10mg.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Durante la exploración física el paciente se encuentra orientado y consciente; bastante inquieto a causa del dolor. El abdomen se halla sensible a la palpación en el flanco y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. Palpación de abdomen blando. Puño percusión positiva del lado izquierdo. Se solicita analítica de sangre para detectar niveles de sodio y potasio, leucocitosis y función renal: análisis de orina (hematuria, leucocituria y valoración del ph) además de radiografía simple del aparato urinario. TA: 152/93 mmHg. FC: 102 lpm. Tª: 38°C.

**JUICIO CLÍNICO:** Cólico Nefrítico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha diagnóstica inicial fue la de cólico nefrítico aunque hasta los resultados de las pruebas realizadas no se pudo confirmar, ya que no era posible descartar patologías como la apendicitis aguda y la colecistitis.

**CONCLUSIONES:** Tras los resultados de las pruebas se detecta litiasis renal en la radiografía. Por lo que se valora tratamiento médico para el dolor; tras ceder, se da el alta junto con un informe de plan de cuidados y un tratamiento a seguir. Gestión de una cita con el urólogo para un control de los fragmentos residuales. En la mayoría de los casos el cálculo renal se expulsa espontáneamente sin necesidad de otras técnicas. El cólico nefrítico se trata de una patología recidivante, en este caso sería necesario estudiar si existe alteración metabólica en el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** CÓLICO, LITIASIS, RIÑÓN, NEFROLOGÍA, URGENCIAS.

## PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON TRASTORNOS DIGESTIVOS

ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Describimos el caso de un hombre de 77 años que ingresa en el servicio de UCI refiriendo que durante la mañana presenta una melena muy abundante tras ir al baño, a la hora de este suceso presenta hematemesis de color rojo intenso, motivo por el cual es traído por su mujer al servicio de urgencias.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Ingresa con las siguientes funciones vitales: PA: 70/50 mmHg. FC: 149 lpm. T<sup>º</sup>: 34,5 °C. Sat. O<sub>2</sub>: 90%. El paciente presenta dolor intenso en abdomen, piel y mucosas muy pálidas, el patrón respiratorio es irregular, refiere tener mucho frío y se encuentra muy nervioso y preocupado por la hemorragia. El paciente nos indica estar diagnosticado de cirrosis hepática desde hace 1 año tratado con la medicación correspondiente. Se canalizan dos vías venosas periféricas (Abocath n<sup>º</sup> 14) y se traslada a UCI donde se canaliza una vía central.

**JUICIO CLÍNICO:** Shock hipovolemico: hemorragia digestiva alta por rotura de varices esofágicas secundaria a cirrosis hepática. **PLAN DE CUIDADOS:** Entre los diagnósticos de enfermería enunciados por el personal de enfermería a su ingreso encontramos: Desequilibrio nutricional por defecto. Intolerancia a la actividad. Patrón respiratorio ineficaz. Termorregulación ineficaz. Dolor agudo. Ansiedad. Se describe un plan de cuidados integral para un paciente con trastornos digestivos usando la metodología internacional NANDA-NIC-NOC.

**CONCLUSIONES:** Con nuestro plan de cuidados de enfermería se atenderá de forma precisa las necesidades detectadas y conseguir solucionar de forma óptima los problemas identificados.

PALABRAS CLAVE: PLAN, CUIDADOS, ENFERMERÍA, TRASTORNOS, DIGESTIVOS.

## **LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA**

GEMMA CAMACHO MOLINA, ANA MARIA MANRIQUE ROMERO, ELENA LAZARO DIEST

**INTRODUCCIÓN:** La pancreatitis es la inflamación del páncreas que sucede cuando las enzimas pancreáticas responsables de digerir la comida se activan en el propio páncreas en vez de en el intestino delgado. Entre los síntomas de esta enfermedad destacan: dolor en el epigastrio, náuseas, vómitos, fiebre, distensión abdominal e ictericia. Podemos diferenciar entre pancreatitis aguda y crónica. La aguda normalmente se desarrolla de forma rápida y dura poco tiempo. La crónica persiste más tiempo y el paciente presenta anorexia y pérdida de peso o incluso caquexia.

**OBJETIVOS:** Identificar las pruebas diagnósticas en la pancreatitis.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Cuiden, Scielo, y Cochrane. La búsqueda fue realizada entre 2014 y 2018. Se seleccionaron 23 artículos de base científica, tanto en inglés como en español, de los cuales finalmente nos quedamos con 6 en español.

**RESULTADOS:** Entre las causas de padecer una pancreatitis aguda encontramos el consumo excesivo de alcohol o la presencia de cálculo biliares. La crónica es causada por un consumo prolongado en el tiempo de abundante alcohol, enfermedad hereditaria, cálculos en la vesícula o hipercalcemia. Entre las pruebas diagnósticas para confirmar la pancreatitis destacamos: • Análisis de sangre para comprobar el nivel de amilasa y lipasa en sangre • Nivel de amilasa en orina • Radiografía simple de abdomen • Ecografía abdominal • TAC de abdomen • Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada.

**CONCLUSIÓN:** El dolor en la pancreatitis normalmente es tratado con antiinflamatorios o analgésicos. El paciente puede ser ingresado y permanecer en dieta absoluta con alimentación intravenosa hasta identificar la causa. Creemos importante la labor de apoyo del personal sanitario aconsejando al paciente el abandono de hábitos poco saludables como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Asimismo, es aconsejable un cambio en la dieta del paciente, reduciendo el consumo de alimentos ricos en grasas.

**PALABRAS CLAVE:** PRUEBAS, PANCREATITIS, PANCREAS, SÍNTOMAS.

## MUJER JOVEN CON DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS

ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, LIA FERRARO, MARÍA DEL CARMEN HERNANDEZ MURCIANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una mujer de 34 años con antecedentes de úlcera péptica gástrica antigua en tratamiento con Omeprazol 20mg/día, fumadora de 2-3 cig/día desde los 18 años y natural de Colombia. Acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 2 semanas de evolución. Tercera consulta en dicho servicio por dolor abdominal tipo continuo, que en la última semana ha empeorado progresivamente y se ha asociado a vómitos de contenido alimenticio y estreñimiento, con escasa tolerancia oral.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras las oportunas pruebas complementarias se llega al diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico difuso con metástasis ováricas (Tumor de Krukemberg), se inicia tratamiento quimioterápico y, tras progresión con dos líneas, se decide optar por actitud paliativa. Los factores de riesgo conocidos para el cáncer gástrico son la infección por *Helicobacter pylori*, el tabaco, la gastritis crónica atrófica, la gastrectomía parcial, tener un familiar de primer grado con cáncer gástrico, pólipos adenomatosos, la PAF y el síndrome de Lynch. Es más frecuente en varones. La clínica incluye pérdida de peso, disfagia, dispepsia, vómitos y saciedad precoz.

**JUICIO CLÍNICO:** El tumor de Krukemberg consiste en la metástasis metacrónica o sincrónica de un adenocarcinoma gástrico en ovario. La diseminación linfática es la que origina este cuadro.

**CONCLUSIONES:** El propósito de este caso clínico es recordar que una úlcera gástrica siempre se debe biopsiar en el fondo y en los bordes, ya que un 5% de ellas son en realidad una neoplasia.

**PALABRAS CLAVE:** ADENOCARCINOMA GÁSTRICO, TUMOR DE KRUKEMBERG, ÚLCERA PÉPTICA, CÁNCER GÁSTRICO.

## DIARREA DE SEIS SEMANAS DE EVOLUCIÓN

ELENA DEL CARMEN MARTÍNEZ CÁNOVAS, BLANCA MEDINA TOVAR, IGNACIO INIESTA-PINO ALCÁZAR

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 62 años, ama de casa, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, salvo fumadora 4cig/día (consumo acumulado 6 paquetes/año) y sobrepeso (IMC 28), que ingresa por diarrea de 6 semanas de evolución. Refiere pérdida de aproximadamente 8 kg desde el inicio, que fue brusco, con heces líquidas pastosas sin productos patológicos (hasta 20/día) diurnas y nocturnas, precedidas de dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio. No lo relaciona con ningún alimento. No fiebre asociada. Escasa tolerancia a la ingesta. No antibioticoterapia previa ni otros fármacos o drogas. No viajes al extranjero.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Para una primera orientación diagnóstica, resulta fundamental distinguir entre diarrea de perfil orgánico y funcional con los datos obtenidos en la anamnesis. La paciente presenta datos de deshidratación clínica y analítica. Dada la importante afectación general de la paciente, iniciamos el estudio de diarrea crónica de perfil orgánico.

**JUICIO CLÍNICO:** Finalmente, la histología nos da el diagnóstico de colitis microscópica linfocítica, entidad en auge dentro del diagnóstico diferencial de diarrea crónica. En ese momento se inicia con budesonida oral, quedando asintomática a los pocos días. **CONCLUSIONES:** En este caso clínico, se abarcan aspectos relevantes de esta patología como las últimas novedades en su patogenia, diagnóstico y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** COLITIS LINFOCÍTICA, COLITIS MICROSCÓPICA, CRITERIOS HISTOLÓGICOS, DIARREA CRÓNICA.

## COMPARACIÓ DELS EQUIPS AQUIOS CL I NAVIOS: EN QUALITAT DE RESULTATS I SEGURETAT EN EL TREBALL

LAURA GOMIS HORCAJADAS, ANA PILAR SANCHEZ SEVILLA, YOLANDA RICO SANJUAN

**INTRODUCCIÓ:** L'estudi immunofenotípic, per citometria de flux, de les poblacions limfoides de sang periférica es requereix en els pacients amb SIDA. Aquests estudis comporten una elevada càrrega i risc de treball per als tècnics i complexitat en la lectura i interpretació dels resultats. L'Aquios és un nou citòmetre de flux automatitzat per a la qualificació de poblacions limfocitàries que minimitza els riscos derivats de la manipulació de sang amb un sistema de garantia de qualitat.

**OBJETIVOS:** Avaluar les prestacions del nou citòmetre de flux Aquios cl des d'un punt de vista de benefici per als pacients i els professionals de la salut i comparar els resultats amb un sistema de referència.

**METODOLOGÍA:** Hem valorar, durant 5 mesos, al laboratori ICS-Lleida, el funcionament del nou Aquios cl i la concordança amb els resultats obtinguts amb el sistema que actualment fem per a la quantificació de les subpoblacions limfocitàries (Navios).

**RESULTADOS:** Aquios, processa una mostra cada 2-4 minuts i tarda uns 20-25 minuts en proporcionar el primer resultat. Els resultats entre els dos aparells s'han mostrat molt concordants, amb un coeficient de correlació entre els valors de limfocits CD4 obtinguts superior al 0.98. El personal que treballem al laboratori, en l'estudi de les poblacions limfocitàries dels malalts VIH positius, valorem positivament el fet de que sigui un sistema automatitzat i compacte, que no requereix pràcticament intervenció per part de l'usuari i que treballa amb tu tancat, evitant la possibilitat de contagi del VIH al tècnic.

**CONCLUSIÓN:** Considerem que l'Aquios cl és un sistema que proporciona resultats vàlids i fiables, amb un bon assegurament de la qualitat a l'hora d'identificar les subpoblacions limfocitàries dels pacients i, que minimitza el risc biològic dels tècnics en la gestió de les mostres.

**PALABRAS CLAVE:** HIV, AQUIOS, NAVIOS, POBLACIONES LIMFOCITARIAS.

## CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO

ANTONIO PRADOS RIOS, MARINA MARTÍNEZ SANCHEZ, REBECA CORBALAN LOPEZ, MARIA JOSE BALSALOBRE VILLA, EVA MARIA VIDAL CASTILLO, ANTONIA MARIA ALVAREZ JORQUERA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 60 años disneica, sibilantes, tos con expectoración, afebril. SpO<sub>2</sub> de 70%, trabajo respiratorio y obnubilación. Se inicia VMNI (CPAP) y se traslada a hospital de referencia donde se estabiliza y se procede a su ingreso. Sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes personales: EPOC grado IV con oxigenoterapia 18h diarias y VMNI nocturna, probable SAOS y síndrome depresivo, exfumadora, vida sedentaria.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TAS 135mmHg, TAD 85mmHg, F. C. 105 Ppm, F. R. 15 Rpm, SpO<sub>2</sub> 100% con VMNI. Auscultación cardiaca normal. EKG normal. Analítica: Valores normales exceptuando la gasometría presentando acidosis y exceso de base estándar arterial, hipercapnia, pO<sub>2</sub> 95%. Rx de tórax: condensaciones en base de ambos pulmones.

**JUICIO CLÍNICO:** EPOC REAGUDIZADO, cuadro de ansiedad asociado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras anamnesis, antecedentes y pruebas complementarias se llega a la conclusión de que la paciente sufre un empeoramiento de su EPOC de base, descartando infección respiratoria que justifique el cuadro. Teniendo en cuenta la vida sedentaria de la paciente y el cuadro súbito hay que descartar TEP para lo que se realiza TAC de tórax.

**PLAN DE CUIDADOS:** Mantener la vía aérea permeable. - Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico según corresponda. - Monitorizar los signos y síntomas de exceso de ácido carbónico y de acidosis respiratoria - Colocar al paciente en una posición tal que promueva una concordancia óptima ventilación-perfusión. - Administrar oxigenoterapia,. - Fisioterapia respiratoria. Minimizar la aprensión, temor del paciente, explicar y adiestrar en los procedimientos domiciliarios.

**CONCLUSIONES:** En paciente con EPOC es habitual los cuadros de reagudización relacionados con procesos infecciosos, mal control ambulatorio de la enfermedad, cuadros de ansiedad, etc. La disciplina en el régimen terapéutico domiciliario y el soporte con VMNI domiciliario se convierten en la base para alargar en el tiempo de las recidivas.

**PALABRAS CLAVE:** EPOC, OXIGENOTERAPIA, REAGUDIZADO, ANSIEDAD, DOMICILIARIO.

## **DOLOR AGUDO EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE PANCREATITIS AGUDA ENÓLICA**

SORAYA RODRIGUEZ ARIAS, ORIOL BAETA CALONGE, SANDRA BELLVER FRUCTUOSO, ARIADNA CALVO VIVANCOS, MARÍA DE LAS MERCEDES FRANCO GUILLAMON, ALEXANDRA MAZUELA DOMINGUEZ, MIRIAM MAZUELA JIMENEZ, ROSA MARIA MORILLAS SERRANO, ANA ORTUÑO NÚÑEZ, LUIS PEREA SÁNCHEZ, SONIA PLAZA MORENO, MARIA PILAR VÁZQUEZ MATO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 53 años ingresada en la Unidad de Digestivo tras acudir al servicio de urgencias del Hospital por fuerte dolor abdominal, irradiado hacia la espalda (en cinturón), de aparición brusca, agudo y constante, náuseas y vómitos. Realizadas las pruebas pertinentes es ingresada en la unidad.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Constantes Vitales: TA 110/65 mmHg, FC 100, rítmico. , Tª 36,7 °C, FR 18 rpm, Sat 99% basal. Exploración física: Peso 76,3 Kg, Talla 1,69 m, IMC: 26,71 Kg/m2. Sobrepeso. No ruidos respiratorios anormales No AMC, refiere un excesivo consumo de alcohol diario ( 4 ó 5 botellines de cerveza y 3 ó 4 copas de vino). En la exploración abdominal se detecta abdomen blando, dolor a la palpación en epigastrio, nivel 7 escala EVA. TAC ABDOMINAL: no signos de colecistitis, vía biliar no dilatada. Páncreas con signos inflamatorios.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor agudo secundario a pancreatitis aguda enólica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio brusco del páncreas y del tejido alrededor de éste , el síntoma mas relevante es el dolor abdominal, continuo e intenso , de horas o días de duración, en zona superior (epigastrio), son frecuentes náuseas y vómitos y dolor a la palpación abdominal. Una de las causas más frecuentes de la pancreatitis aguda es el consumo excesivo de alcohol, teniendo un efecto tóxico directo sobre el páncreas, pudiéndose llegar a una pancreatitis crónica.

**PLAN DE CUIDADOS:** Principales actuaciones: dieta absoluta, para limitar la actividad del páncreas, reposo relativo, suplencia parcial y temporal en la higiene y cuidado de la piel, sueroterapia, administración de analgesia para controlar el dolor, medicación para náuseas y vómitos.

**CONCLUSIONES:** La continuidad de cuidados de la paciente en Atención Primaria es importante ya que llevaran a cabo los protocolos pertinentes con respecto a su hábito enólico. La educación sanitaria es fundamental para promover estilos de vida saludable y prevenir hábitos tóxicos.

**PALABRAS CLAVE:** PANCREATITIS, INFLAMACIÓN, PÁNCREAS, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR AGUDO.

## NEUMONÍA GRAVE CAUSADA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 36 años de edad. Sin antecedentes personales y no fumadora. Fue sometida hace 5 días a tiroidectomía parcial (alta a las 48h), acude a urgencias por malestar general, febrícula, dolor cervical, tos productiva, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria. Tras su ingreso empeora drásticamente con deterioro del intercambio gaseoso y asociado a compromiso hemodinámico. Se decide traslado a UCI y tras una serie de pruebas diagnosticas se la diagnostica de neumonía grave por Streptococcus Pyogenes.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Pruebas funcionales respiratorias. Tomografía computerizada cervical. Tomografía axial computariza. Pruebas de laboratorio: El hemocultivo confirmo el aislamiento del Streptococcus Pyogenes.

**JUICIO CLÍNICO:** Neumonía grave por Streptococcus Pyogenes (estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A de Lancefield) bacteria del genero Gram (+). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infecciones del tracto respiratorio superior, Gripe. Bronquitis aguda. EPOC. Asma. Tuberculosis. Cáncer pulmonar. Trombo embolismo pulmonar. Insuficiencia cardíaca congestiva.

**PLAN DE CUIDADOS:** El plan de cuidados de Enfermería fue dirigido fundamentalmente a: Cubrir la necesidad de circulación y oxigenación debido al deterioro del intercambio gaseoso y manifestado por un patrón respiratorio ineficaz. Administrar medicamentos prescritos por el medico. Ayuda ante la necesidad de relajación debido a la ansiedad. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

**CONCLUSIONES:** El proceso de atención de enfermería valorado por los Patrones Funcionales de Marjory Gordon fue crucial para la recuperación de la paciente, que fue dada de alta a las dos semanas.

**PALABRAS CLAVE:** BACTERIA, STREPTOCOCO PYOGENES, NEUMONÍA, STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO.

## ACTUACIÓN ANTE UN DIAGNÓSTICO DE HIPERTIROIDISMO

NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA FRANCISCA GARCÍA LÓPEZ, ANTONIO DÍEZ MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Antecedentes personales: Hipertensión arterial, fibromialgia  
Enfermedad actual: Paciente, mujer de 51 años que acude a consulta por nerviosismo, temblor distal de extremidades superiores, pérdida ponderal no cuantificada y prurito generalizado sin lesiones cutáneas, no lo relaciona con nada, no consumo de fármacos y/o tóxicos salvo tabaquismo activo. Se indica tratamiento con betabloqueante y se solicita analítica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 130/80, FC: 115, sO<sub>2</sub>: 99%. No signos sépticos ni meníngeos, no bocio, no exoftalmos. AC: tonos rítmicos taquicárdicos, no soplos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Resto sin hallazgos. -Bioquímica: ferritina: 317, GOT: 71, GPT: 106, GGT: 62, TSH: <0.01, T4: 4.7, Anticuerpos antitiroglobulina y Anti TSI positivos. -Hemograma sin alteraciones -Ecografía tiroidea: discreto aumento de tamaño de glándula tiroidea a expensas de lóbulo derecho, de forma heterogénea sugestivo de tiroiditis, no nódulos.

**JUICIO CLÍNICO:** Hipertiroidismo, probable enfermedad de Graves-Basedow. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tiroiditis (Hashimoto, subaguda, Quervain, silente), postadministración de yodo 131 o amiodarona, adenoma tóxico, carcinoma folicular, enfermedad de Graves Basedow, Job Basedow, metástasis (teratoma ovárico).

**PLAN DE CUIDADOS:** Inicialmente se pauta tratamiento con propranolol. Una vez confirmado el diagnóstico de hipertiroidismo se inicia tratamiento con tiamazol con buena respuesta, así mismo, se deriva a la paciente consulta externa de medicina interna para valoración.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad de Graves Basedow es una enfermedad de base autoinmune que se presenta habitualmente con hipertiroidismo, bocio, afectación ocular, mixedema pretibial y acropaquias. Si bien existe una predisposición genética, puede desencadenarse por estrés, infecciones o el parto. Se presenta un caso de hipertiroidismo donde se sospecha una posible enfermedad de Graves Basedow subyacente, por presencia autoinmunidad a pesar de no presentarse con triada clásica, pendiente de confirmación gammagráfica y evolución.

**PALABRAS CLAVE:** NERVIOSISMO, TEMBLOR, HIPERTIROIDISMO, GRAVES BASEDOW.

## PROTEINURIA EN PACIENTE CON EDEMAS PERIFÉRICOS DE CORTA EVOLUCIÓN

CARLOS RUIZ NICOLAS, VICENTE DAVID DE LA ROSA VALERO, VANESSA DOMINGUEZ LEÑERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 67 años que consulta por edemas en miembros inferiores desde hace 24 horas. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 110/60. Frecuencia cardíaca rítmica, sin soplos cardíacos, auscultación pulmonar normal, edemas con fóvea en miembros inferiores. Destacaba creatinina 1.6 Mg/dL, albúmina 2.2Gr, microghematuria 15 hematíes por campo, proteinuria de 6 gramos al día. Se solicitan ecografía abdominal sin alteraciones significativas, serologías de virus hepatitis b, hepatitis c, treponema y vih siendo negativos, proteinograma, anticuerpos antimembrana basal glomerular, anticoplasma de neutrófilos, complemento, antinucleares, antifosfolipídicos, crioglobulinas que resultaron negativos. Tras los resultados, se realiza biopsia renal que resulta compatible con glomerulonefritis de cambios mínimos.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis de cambios mínimos.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante un paciente con edemas en miembros inferiores bilaterales, hay que plantearse que tengan origen cardíaco por insuficiencia cardíaca en paciente con disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y con aumento de presión venosa yugular. Pacientes con hepatopatía crónica con hipoalbuminemia, ictericia, ascitis sin aumento de presión venosa central. El hipotiroidismo que cursa con estreñimiento, bradicardia o intolerancia al frío. O como en nuestro paciente que tengan origen renal caracterizado por proteinuria > 3.5Gr al día, hipoalbuminemia <3gr/dl y edemas, además puede asociar fenómenos trombóticos e hiperlipemia.

**CONCLUSIONES:** El síndrome nefrótico es una causa grave de edemas periféricos, con múltiples etiologías posibles. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** PROTEINURIA, INSUFICIENCIA RENAL, EDEMAS, SÍNDROME NEFRÓTICO.

## **DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A ESTREÑIMIENTO**

ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, SANDRA RAMOS PICHACO, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 83 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensa, no diabético, colecistectomizada, anemia por sangrado de pseudoaneurisma de la arteria glútea que se controla mediante embolización. Acude al servicio de urgencias derivado por su residencia al presentar un cuadro de estreñimiento de 9 días sin presentar mejoría a pesar de la utilización de laxantes. La paciente refiere que tras la utilización de un enema de limpieza presentó rectorragia autolimitada.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Mucosas bien perfundidas, ligera palidez de la piel. Abdomen blando y depresible sin dolor, murphy y blumberg negativos. Dolor en epigastrio sin defensa. No distensión abdominal. EKG: ritmo sinusal 70 lpm con t negativa en iii, sin alteración del st. Exploración cardiopulmonar tonos sin soplos.

**JUICIO CLÍNICO:** Cuadro de estreñimiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor de abdomen secundario a estreñimiento de varios días de evolución.

**CONCLUSIONES:** El estreñimiento es un problema frecuente en el paciente anciano y puede comportar complicaciones médicas graves. La importancia de la dieta, ingesta de líquidos, ejercicio, hábitos intestinales efectivos, son vitales a la hora de prevenir el estreñimiento. En este caso tras la administración de aloe vera en píldoras ha tenido dos deposiciones de abundante cantidad sin productos patológicos, motivo de derivación al alta.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERTENSIÓN, ESTREÑIMIENTO, DOLOR, DIETA, ALOE VERA.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SOSPECHA DE APENDICITIS**

ALBA MARIA GARCIA GARCIA, ESTHER ARIAS MOYA, CARLOS BUSTAMANTE MARCOS

**INTRODUCCIÓN:** Es la inflamación del apéndice. Un pequeño saco que se encuentra adherido al intestino grueso.

**OBJETIVOS:** Identificar signos y síntomas de la apendicitis para su detección precoz.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio sobre los artículos publicados en varias bases de datos como Medline y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron: “apendicitis”, “valoración”, “diagnóstico”. Se ha realizado un filtro de los artículos publicados los últimos años y se han seleccionando varios artículos.

**RESULTADOS:** Para identificar bien un caso con apendicitis aguda, debemos prestar atención a los síntomas. Para la ayuda del buen diagnóstico clínico, se debe hacer una recogida de historia clínica. En primer lugar el dolor, normalmente identificado en fosa ilíaca derecha, aunque puede desplazarse hasta la zona umbilical. Es necesario registrar el tipo de dolor, localización y evolución. También suele aparecer febrícula, náuseas y vómitos. Después de la recogida de datos, se pueden proceder a realizar pruebas de diagnóstico como la radiografía de abdomen, aunque no se suele hacer de forma rutinaria, prueba ultrasonográfica y/o TAC. Como prueba de laboratorio encontramos el análisis de sangre, donde suele aparecer leucocitosis y el análisis de orina, que ayuda a descartar infecciones del tracto urinario. También existen maniobras como la prueba de Blumberg, que ocasionan reflejo de defensa al descomprimir la fosa ilíaca derecha, MC Burney, Rovsing, etc

**CONCLUSIÓN:** La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de consulta por abdomen agudo quirúrgico. Por esto, es importante saber detectar precozmente los indicadores para el buen diagnóstico y prevenir la morbimortalidad del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** APENDICITIS, APENDICITIS AGUDA, VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, EXAMEN CLÍNICO.

## TINCION DE ZIEHL NEELSEN EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL VIRGEN DEL ROCIO

MARIA DEL MAR GARCIA MIÑON, ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO, ALBERTO GONZALEZ ANDRADE

**INTRODUCCIÓN:** La tinción de Ziehl-Neelsen es una técnica de tinción diferencial rápida y económica, usada para la identificación de bacterias ácido-alcohol resistente (BAAR), como *Mycobacterium tuberculosis* y *Nocardia*.

**OBJETIVOS:** Analizar las técnicas de coloración de microorganismos ácido-resistentes para diferenciarlos e identificarlos, en base a sus propiedades morfológicas.

**METODOLOGÍA:** Cuando nos llega al laboratorio de urgencias una baciloscopia, lo primero que hacemos es comprobar la correcta identificación de la muestra y de la petición, la anotamos en el libro de microbiología y registramos en el programa informático. Después hacemos un frotis bacteriano. Hacemos un delgado extendido del material para su estudio y dejamos secar. Fijamos el frotis con calor, evitando que hierva. Cubrimos la preparación con carbofucsina o fucsina fenicada. Calentamos la preparación en un mechero Bunsen durante 5 min. No debe hervir. Si se evapora, se añade más carbofucsina para que no se seque en ningún momento. Lavamos con agua el resto de colorante y decoloramos con la mezcla ácido-alcohol. Hasta que solo permanezca un leve color rosa. Lavamos con agua para que no prosiga la decoloración. Teñimos con azul de metileno 1 min y lavamos con agua el resto de colorante. Secamos la preparación y avisamos al microbiólogo para que lo vea y lo informe.

**RESULTADOS:** Si la tinción es positiva las bacterias bacilares se tiñen de rojo contra un fondo azul claro.

**CONCLUSIÓN:** La tinción Ácido-alcohol resistente es la propiedad física de algunas bacterias a la resistencia a la decoloración de la fucsina básica (rojo) la cual penetra en la célula por acción del fenol y el calor.

**PALABRAS CLAVE:** TINCION, DIFERENCIAL, BACTERIAS, FIJACION, FROTIS, CALOR.

## **ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PADECER ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

CARMEN PULIDO LOPEZ, MARIA MORENO GODOY, CRISTINA PORRAS PALOMINO

**INTRODUCCIÓN:** El paciente crítico padece una serie de problemas de salud al que se le suma la aparición de úlceras por presión (UPP) debido entre otros a su inestabilidad hemodinámica, uso de medicamentos vasoactivos y su inmovilidad. La presencia de UPP se asocia a un aumento de la estancia hospitalaria, a mayor carga de trabajo de enfermería, aumento de costes y a una mayor morbimortalidad de los pacientes afectados. Por ello es de gran importancia las medidas de prevención. Pero primero tenemos que tener las herramientas adecuada para poder identificar a los pacientes de riesgo de desarrollar UPP y para ello se utiliza escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP).

**OBJETIVOS:** Conocer las EVRUPP que se utilizan en unidad de cuidados intensivos (UCI) y cuáles son las más adecuadas.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica de las EVRUPP que se utilizan en paciente adulto en UCI. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Cuiden, Medes, Pubmed, Scielo, Cochrane plus, dada la escasez de resultados en los últimos cinco años, se amplió la búsqueda entre enero 2005 y diciembre 2017.

**RESULTADOS:** Se han identificados 19 artículos que identifican como escalas utilizadas en UCI: Branden, Waterlow, Cubbin-Jackson, Jackson –Cubing , Norton, Escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuidados intensivos (EVARUCI), Emina.

**CONCLUSIÓN:** Recomiendan el uso de la escala Branden como la más adecuada para valorar el riesgo de desarrollar UPP en Uci al presentar mayor predicción. Otras escalas como Cubbin-Jackson, Jackson –Cubbing, Norton, EVARUCI, pueden ser útiles en UCI pero necesitan más estudios para su validación.

**PALABRAS CLAVE:** ULCERA POR PRESION, PACIENTE CRITICO, VALIDEZ, ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO.

## PLAN DE CUIDADOS ANTE UN CASO DE ENFERMEDAD DE CROHN

SANDRA RAMOS PICHACO, ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 12 años ingresada en la Planta de Hospitalización pediátrica por dolor abdominal de varios meses de evolución (Fosa iliaca derecha) acompañado de fiebre. Dolor no irradiativo pero continuo que ha aumentado en frecuencia durante los últimos meses. No presenta náuseas ni vómitos, ni ningún otro síntoma del tracto digestivo superior. Presenta pérdida de peso desde el inicio de los síntomas, se asocia astenia e hiporexia moderada. Dolor durante la defecación acompañado de tenosmosis. En la exploración física se descubre un acceso perianal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** -Analítica. -Resonancia magnética. -Endoscopia digestiva alta. -Colonoscopia.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Crohn. Se considera una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) caracterizada por alternar periodos de inactividad con recaídas que puede afectar a todo el tubo digestivo (desde la boca hasta el ano). Característica histológica: afectación transmural de la mucosa con presencia de granulomas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** -Colitis ulcerosa. -Apendicitis. -Síndrome del intestino grueso irritable. -Colitis inducida por AINES. -Diverticulitis con abscesos. -Linfoma intestinal.

**PLAN DE CUIDADOS:** Para llevar a cabo esta valoración se han utilizado los patrones funcionales de Marjory Gordon. -Dominio 2: Nutrición. La paciente presenta desequilibrio nutricional caracterizado por la pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado. Se aporta dieta específica para la paciente con suplementos. -Dominio 4: Actividad y reposo. Trastorno del patrón del sueño asociado al dolor. Manejo ambiental: confort.

**CONCLUSIONES:** Después de tres semanas ingresada la paciente es dada de alta. Las actividades enfermeras fueron vitales para su recuperación así como en la educación ante la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** CROHN, ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CRÓNICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA, RECURRENTE.

## **HIPERTRANSAMINASEMIA EN UNA MUJER EMBARAZADA: TODA UNA SORPRESA**

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ALICIA MARTIN-LAGOS MALDONADO, ANA MARÍA TORRES VEGA, ARACELYS JOSEFINA NARVÁEZ RUIZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 35 años embarazada de 11 semanas con antecedentes personales de asma bronquial en la juventud y migraña. Remitida a la consulta para estudio de hipertransaminasemia, encontrándose la paciente asintomática.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Peso 74kg. TA 131/88 mmHg, FC 82 lpm, sat. O<sub>2</sub> basal 98%. Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Eupneica. No presencia de bocio ni adenopatías. ACR normal. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos de interés. Pruebas complementarias: Analítica, destaca: GOT 181U/L, GPT 294U/L, GGT 76U/L. IST bajo (10.4%). Hb 11.6G/dl. Hipergammaglobulinemia policlonal. Alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina y cobre en orina normales. Serologías: virus de hepatitis A, B y C, CMV, VEB y VIH negativos. Autoinmunidad: ANAs positivos a título > 1/1280. AMA, Ac. Anti-LKM y Ac. Anti-músculo liso negativos. Ecografía abdominal: hígado normal. Vesícula y vías biliares sin alteraciones. Resto normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Hepatitis autoinmune (HAI) tipo 1 o forma clásica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hepatopatías que se desarrollan durante el embarazo de forma intercurrente como una hepatitis viral (la más frecuente), o bien una reagudización de una hepatopatía crónica persistente (hepatitis autoinmune por ejemplo), o pueden desarrollarse una serie de hepatopatías que son específicas del embarazo como la colestasis gravídica (la más frecuente), hiperemesis gravídica, esteatosis aguda del embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP y hematoma y rotura hepática.

**CONCLUSIONES:** - La forma de presentación más común de la HAI es una forma subclínica con síntomas leves o bien el hallazgo casual de hipertransaminasemia en un paciente asintomático, como es el caso de nuestra paciente. - Las exacerbaciones agudas de la enfermedad acontecen con más frecuencia en el posparto inmediato, por lo que es el momento de mayor riesgo para estas pacientes. - Un diagnóstico precoz basado en la sospecha clínica es fundamental para evitar la progresión a cirrosis hepática, dado que un tratamiento precoz de la enfermedad conlleva un mejor pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERTRANSAMINASEMIA, GESTACIÓN, AUTOINMUNIDAD, HIPERGAMMAGLOBULINEMIA, ANAS.

## DISARTRIA EN PACIENTE CON RECIDIVA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, RAQUEL PIÑAR MORALES, ANA MARÍA TORRES VEGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 75 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata con recidiva posterior. Remitido a la consulta para estudio por disartria y borramiento de comisura bucal derecha de aproximadamente 20 días de evolución.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: TA 114/65 mmHg, FC 64 lpm, sat. O<sub>2</sub> 93%. Buen estado general, eupneico. ACR normal. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos de interés. En la exploración neurológica destaca borramiento de surco nasogeniano derecho, disartria y anomia, sin otros déficits neurológicos. Pruebas complementarias: Analítica básica dentro de la normalidad. TC craneal con contraste: lesión ocupante de espacio (LOE) expansiva bilobulosa frontoparietal izquierda de unos 60 x 50 x 45 mm que realza de forma heterogénea tras la administración de contraste, con abundante edema perilesional sugestiva de proceso neofornativo primario agresivo tipo glioma de alto grado y menos probable enfermedad metastásica. RMN cerebral: proceso expansivo tumoral de alta agresividad, compatible con glioblastoma multiforme frontal izquierdo. Componente multicéntrico de menor grado de agresividad. Biopsia: glioblastoma multiforme.

**JUICIO CLÍNICO:** Glioblastoma multiforme. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Astrocitomas (bajo grado, anaplásico y glioblastoma multiforme), gliomatosis cerebri, meningioma, adenoma hipofisario, oligodendroglioma, linfoma primario del SNC, subependimoma, tumores neuronales y neurogliales y metástasis (en este caso de adenocarcinoma de próstata, lo que es muy infrecuente).

**CONCLUSIONES:** - El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario más frecuente en adultos. Su pronóstico es mortal casi en el 100% de los casos, y el promedio de supervivencia son 12 meses. - El tratamiento en general es combinado con cirugía, radioterapia (RT) y quimioterapia (QT). La Temozolamida es uno de los fármacos quimioterápicos más utilizados en el glioblastoma multiforme. - El tratamiento de soporte por equipos de Cuidados Paliativos aún cuando se establezca tratamiento con RT y QT, mejora la calidad de vida del paciente mediante el control de síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** DISARTRIA, ANOMIA, CÁNCER DE PRÓSTATA, DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLIOBLASTOMA MULTIFORME, CUIDADOS PALIATIVOS.

## ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO: A PROPOSITO DE UN CASO

MARIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ, AZAHARA PÉREZ GÓMEZ, JOSE MANUEL DELGADO LIMONES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, que consulta a su enfermera de atención primaria sobre el estreñimiento. Refiere que normalmente elimina heces cada tres días pero según un familiar cercano debería ser de forma diaria por lo que sin consulta previa con su MAP ha decidido tomar laxantes cada mañana.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Alergias a medicamentos, antecedentes de interés, toma de constantes (TA, glucemia...), alimentación y dieta, actividad física que realiza a diario, ingesta de líquidos al día y patrón de eliminación previo a la toma de laxantes.

**JUICIO CLÍNICO:** (00012) Estreñimiento subjetivo relacionado con influencias socio/culturales negativas manifestado por abuso de laxantes. Como podemos ver la paciente esta influenciada por la falsa creencia que la eliminación intestinal a diario es más saludable que si se realiza cada dos o tres días ya que no conoce que cada persona tiene un patrón de evacuación diferente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A la hora de establecer la presencia de este diagnóstico es necesario diferenciarlo de otros posibles como: (00011) Estreñimiento: Podemos caer en el error de tratar el estreñimiento sin olvidar asesorar e informar a la paciente para que no sea influenciada por falsas creencias que les llegan de personas cercanas o conocidas. Se descarta este diagnóstico cuando apreciamos que la causa de tomar el laxante se debe a que quiere evacuar de manera diaria. (00015) Riesgo de estreñimiento: Ya que la eliminación intestinal cada tres días y algún cambio contraproducente incluido en la dieta de la paciente pero sin ser percibido por ella puede poner en riesgo una adecuada evacuación.

**CONCLUSIONES:** El correcto diagnóstico de la paciente nos ayuda a establecer los objetivos (NOC) a conseguir junto con sus correspondientes intervenciones (NIC) de manera que consigamos establecer un plan de cuidados individualizado.

**PALABRAS CLAVE:** ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO, DIAGNOSTICO ENFERMERO, NOC, NIC.

## **FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA AVANZADA**

MARIA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, ELENA BORREGO GARCIA, MARÍA PEÑA ORTEGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 78 años con AP de DM-2 con afectación micro y macrovascular, HTA, obesidad mórbida, miocardiopatía dilatada de origen isquémico con FEVI deprimida y fibrilación auricular. Ingresa por fracaso renal agudo, disnea y edematización generalizada. En los días previos toma de AINEs por dolor osteoarticular.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: TA 141/81 mmHg, FC 125 lpm, sat. O<sub>2</sub> 86%. Obesa mórbida, regular estado general, eupneico. ACR con tonos arrítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales, semiología de derrame pleural derecho. Abdomen con edema de pared, muy globuloso pero impresiona de ascitis, hepatomegalia dolorosa. MMII con edemas blandos hasta la raíz de los muslos, no signos de TVP. Pruebas complementarias: Analíticamente destaca: Cr 2.77, Urea 124, Na 130/K 6.06, GOT/GPT normales, Hb 9. ECG: FA a 138 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Rx de tórax: cardiomegalia, derrame pleural derecho moderado, ocupación de cisuras por líquido.

**JUICIO CLÍNICO:** Sd. Cardiorrenal tipo 1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sd. Cardiorrenal tipo 1 vs fracaso renal agudo por toma de AINEs.

**CONCLUSIONES:** - El deterioro de función renal es frecuente en la descompensación de la insuficiencia cardiaca, y esto conlleva un peor pronóstico. - Los diuréticos son la primera línea de tratamiento del paciente con insuficiencia cardiaca y síndrome cardiorrenal tipo 1. - La congestión no sólo causa los síntomas sino que probablemente contribuye al remodelado miocárdico y a la progresión de la insuficiencia cardiaca.

**PALABRAS CLAVE:** FRACASO RENAL AGUDO, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CARDIORRENAL, ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, TRATAMIENTO DEPLECTIVO.

## LA DIABETES MELLITUS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes mellitus es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos. El origen y etiología son muy diversos aunque los principales son las alteraciones en la secreción de la insulina y la sensibilidad a la acción de la hormona. Este proyecto se realiza con el objetivo de concienciar a la población puesto que muchos de los pacientes se encuentran asintomáticos y se les diagnostica esta enfermedad tras la realización de una analítica. Haremos una breve reseña sobre qué es la diabetes mellitus, su clasificación, tratamiento, incidencia, diagnóstico, clínica y recomendaciones.

**OBJETIVOS:** Identificar el diagnóstico, tratamiento y recomendaciones de la diabetes mellitus.

**METODOLOGÍA:** A través de un diseño de revisión sistemática se realiza una búsqueda bibliográfica en trabajos donde se relatan las principales escalas de valoración funcional geriátricas en bases de datos como, Cuiden, Scielo, Pubmed. De todos los trabajos seleccionamos aquellos publicados tanto en castellano como en inglés y se han descartado todos aquellos artículos sin una base científica.

**RESULTADOS:** Según los estudios consultados la diabetes mellitus es un trastorno que afecta a un gran porcentaje de la población y que va en incremento. Es un trastorno que si no se diagnostica y se sigue un tratamiento puede desembocar en la muerte.

**CONCLUSIÓN:** Tras la revisión bibliográfica realizada se puede afirmar que la DM es un importante problema de salud pública que se irá incrementando en los próximos años si no se toman las medidas de prevención y control oportunas.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES MELLITUS, INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, RECOMENDACIONES.

## ABORDAJE DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA JOSÉ CASTRO GUERRERO, ANTONIO PUERTA SÁNCHEZ, CONCEPCION SANCHEZ MANRIQUE

**INTRODUCCIÓN:** El dolor, según la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor, se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en dichos términos. La complejidad e impacto del dolor ha generado múltiples estudios con el fin de abordarlo de la forma mas correcta. La sociedad Americana del Dolor, intenta promover el concepto de dolor como un signo vital. Si al dolor se le diera la misma relevancia que a los signos vitales, éste podría ser tratado con mayor eficacia.

**OBJETIVOS:** Evaluar la percepción de los profesionales sanitarios sobre la valoración y el abordaje del dolor en el servicio de urgencias, permitiendo establecer protocolos y buenas prácticas en la mejora de la evaluación del dolor y su tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se utilizó un cuestionario de 10 preguntas orientadas a la utilización de alguna escala de evaluación del dolor, al registro de dolor del paciente antes y después de la analgesia, y si el tratamiento era el adecuado, a un número de profesionales sanitarios de el servicio de urgencias.

**RESULTADOS:** La gran mayoría de las respuestas sobre la reevaluación del dolor, corresponden a "a veces" o "casi siempre" con un porcentaje del 40% de los encuestados. Aquellas que contestaron "siempre" o "nunca", pertenecen en su mayoría al grupo de TCAEs y residentes de medicina comunitaria, debido a que lo hacían de forma sistémica ya que no les correspondía dicha tarea.

**CONCLUSIÓN:** El estudio, referente a los estudios del mismo, indica que deben mejorarse la evaluación y el tratamiento del dolor en urgencias. No obstante, esto no puede extrapolarse a otros servicios u hospitales, debido a que se realizó de forma voluntaria en un determinado centro y a un diverso grupo de profesionales. Es prioritario establecer protocolos y buenas prácticas en la atención del dolor.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, CUESTIONARIO, EVALUACIÓN, URGENCIAS.

## DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE NEOPLASIA DE COLON

MARIA DEL MAR GARCIA GARCIA, SONIA SALAS GOMEZ, MONTSERRAT GIMENEZ IZQUIERDO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 55 años de edad que consulta por astenia, anorexia, palidez, y disminución de su peso corporal significativamente en los últimos 4 meses. Refiere no consumir tóxicos, ni alcohol. Es derivado al Centro de Especialidades para estudio digestivo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Antecedentes personales: Alérgico a penicilina, Hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento, no hábitos tóxicos. Exploración física: No refiere dolor, piel pálida. Abdomen blando y depresible. TA 145/70 mmhg, FC: 89lpm , Tª 36,5°C. Analítica: (hallazgos de interes)hemoglobina de 8,8; CA125,CEA Y CA19.9 Elevados. Sangre oculta en heces positiva. Rx tórax: normal. Gastroscopia: normal, sin hallazgos de interés. Colonoscopia: se aprecia masa en colon ascendente de un tamaño pequeño, después del estudio de anatomía patológica de las biopsias se confirma adenocarcinoma de colon. Se propone para cirugía digestiva sin demora.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome constitucional Anemia ferropénica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Adenocarcinoma de colon.

**CONCLUSIONES:** La sensibilización de la población en cuanto a su detección precoz, enseñando a detectar signos y síntomas de alarma, es vital para un diagnóstico precoz de la enfermedad. Para reducir la morbi-mortalidad son muy importantes los programas de detección precoz, dada la alta incidencia en la población adulta. El pronóstico varía en función del estadio en el que se encuentre el tumor en el momento de su detección.

**PALABRAS CLAVE:** ANEMIA, ASTENIA, ANOREXIA, ADENOCARCINOMA.

## MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA

ISABEL HERNANDEZ LOPEZ, AGUEDA LAURA GALLEGO RAVASSA, ISABEL MARÍA ALFONSO RODRÍGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que puede ser edematosa o necrotizante. Cursa con la aparición súbita de dolor abdominal asociado a un aumento de las enzimas pancreáticas en sangre u orina y la alteración de la estructura pancreática por un proceso inflamatorio.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia de un manejo y tratamiento precoz de la pancreatitis aguda para evitar las complicaciones asociadas a esta.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se ha utilizado la base de datos Scielo, la Revista Colombiana de Cirugía y la Revista Medicina Interna de México. Se usaron las palabras clave: manejo, enfermería, pancreatitis, tratamiento. Después de excluir aquellos artículos que no estuvieran a texto completo, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Según el grado de gravedad el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos o en una planta de medicina interna o quirúrgica. Se insertará una sonda vesical para controlar la diuresis, un catéter venoso central y se monitorizarán las constantes vitales con frecuencia. El primer paso será tratar la hipovolemia administrando líquidos intravenosos y comenzar con antibióticos profilácticos y analgesia vía intravenosa. Según estudios, se debe comenzar la nutrición por vía enteral, preferiblemente por sonda nasoyeyunal, ya que es igual de efectiva que la nutrición parenteral y con un coste menor, para ayudar a la normalización de la permeabilidad intestinal.

**CONCLUSIÓN:** Es de vital importancia un diagnóstico y tratamiento temprano y adecuado de la pancreatitis aguda ya que, su mal diagnóstico podría suponer un fallo respiratorio y multiorgánico que podría llevar a la muerte del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** MANEJO, ENFERMERIA, PANCREATITIS, TRATAMIENTO.

## **PLAN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE APENDICECTOMÍA**

NATALIA DIAZ NASARRE, LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ANA MARIA CASTRO TORRES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 40 años de edad ingresa en planta tras haber sido intervenido de apendicitis por urgencia.

**JUICIO CLÍNICO:** Apendicectomía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la movilidad. 00004 Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica. 00132 Dolor agudo relacionado con intervención quirúrgica manifestado por informe verbal.

**PLAN DE CUIDADOS:** 1. Objetivo: Eliminación intestinal (0501) Intervención: Manejo del estreñimiento (0450) - Control de la cantidad y aspecto de las deposiciones - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, si no está contraindicado. Intervención: Manejo intestinal (0430) - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente. - Control de deposiciones: número, cantidad y aspecto. - Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación. 2. Objetivo: Control del riesgo (1902): de infección Intervención: Protección contra infecciones (6550): - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección. - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. 3. Objetivos: Sintomatología: Nivel del dolor (2102) Conducta de salud: Control del dolor (1605) Intervención: Manejo del dolor (1400) - Evaluar la eficacia de las medidas de control del dolor que se hayan utilizado. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito. Intervención: Administración de analgésicos (2210) - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA. - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos

**CONCLUSIONES:** La recuperación del paciente es rápida y progresiva gracias a los cuidados realizados por enfermería, permitiendo el alta del usuario al tercer día, sin presencia de complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** DIAGNÓSTICO, ENFERMERÍA, CUIDADOS, RIESGO.

## UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 MAL CONTROLADO

RICARDO MANUEL PAIM, EVA MARIA ARCO AVILA, MONTSERRAT ALDRICH MEGINO, CRISTINA IGLESIAS CARRION

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 40 años diagnosticado de DM tipus 2. Debut diabético hace 4 años con clínica de debilidad, polidipsia, poliuria, disminución del apetito i perdida de 20 kilos de peso en 2 meses. Glicada de debut 10,6%. Se inició tratamiento con Insulina (levemir i Novorapid) y seguimiento con Endocrinología. Presenta buen control metabólico inicial. En un mes se retira la insulina y se baja dosis de metformina, debido a que el paciente explica hipoglicemias. Peptid C normal. Durante los años siguientes presenta empeoramiento del control metabólico por lo que se aumenta dosis de metformina y se agrega glicazida al tratamiento. Posteriormente consulta a urgencias por presentar 2 hiperglicemias de 300mg/dl sin cetonuria que son controladas con insulina rápida.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Peso: 69 kg, Talla 173 cm, IMC: 23, TA 123/69 mmHg Analítica: Glucosa: 257 mg/dl, HbA1c 10.5%, Anticuerpos antiGAD 88.4, Peptic C 0.76.

**JUICIO CLÍNICO:** Ante un paciente menor de 50 años con diabetes mellitus, IMC bajo, síntomas agudos al debut y empeoramiento progresivo del control metabólico con anticuerpos positivos se debe pensar en una Diabetes Mellitus tipo LADA (latente autoinmune del adulto) probablemente con baja reserva pancreática por la falta de respuesta a antidiabéticos orales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diabetes Mellitus tipo LADA Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada.

**CONCLUSIONES:** Alrededor del 10-15% de las personas diagnosticadas como diabetes tipo 2 en realidad tienen diabetes tipo LADA. Son mal diagnosticados generalmente porque se trata de personas adultas y al principio suelen responder a los tratamientos con antidiabéticos orales. Como media se comienza a necesitar insulina dentro de los primero 4 años en contraste con la media de 10 años para los pacientes con diabetes tipo 2. Una alta sospecha diagnóstica es importante para el diagnóstico temprano de la misma y así prevenir complicaciones de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** DIABETES, LADA, CONTROL METABÓLICO, AUTOINMUNIDAD, INSULINOTERAPIA.

## VALOR CRÍTICO DE LA HEMOGLOBINA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

MARTA MARIA SANCHEZ GALLEGO, SARA GARCIA PUNZON, MARIA MOLINA HUELVA

**INTRODUCCIÓN:** El valor crítico (VC) aquel que refleja un riesgo para la vida del paciente y requiere intervención médica inmediata. Valor de alerta (VA) nos informa de un cambio significativo con respecto a valores anteriores, y cuya comunicación supondrá un beneficio para la evolución del paciente y también de la reducción del costo sanitario. No hay valores críticos establecidos de forma universal. Y organismos internacionales han tratado que esto sea un requisito de acreditación.

**OBJETIVOS:** Evaluar el VC de Hemoglobina (Hb) analizados durante una semana (Enero 2018) en el Laboratorio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío. Y analizar el motivo de la disminución de Hb en dichos casos.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo/observacional, en el cual se analizan 5617 peticiones ,908 de edad pediátrica (0-14 años) que presentan un VC de Hb  $\leq 5$  g/dl.

**RESULTADOS:** Obtenemos estos datos de las 908 muestras, un total de 794 tienen un valor Hb superior a 5 g/dl siendo valores de alerta de los cuales se revisara la Historia Clínica para confirmar que no sea una alarma. Del resto 114 muestras, 84 tienen VC por: muestra coagulada, mal homogenizada, muestra insuficiente o por enfermedad asociada (en mayor proporción). Y solo 30 muestras dieron un VC verdadero.

**CONCLUSIÓN:** El VC y su manejo en el laboratorio es una gran responsabilidad, de ello depende el cuidado y salud del paciente. Que solo debemos alertar de VC cuando estos sean realmente por un cambio drástico y no por otras causas. Solo el 26,3% (30 muestras) se repitieron por otro analizador para confirmar el resultado y al 6,3% (7,2 muestras) se le realizo un frotis.

**PALABRAS CLAVE:** VALOR CRITICO, HEMOGLOBINA, URGENCIAS, ANALISIS CLINICOS.

## **LAS NUEVAS ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ALZHEIMER**

MIRIAM BELÉN SÁNCHEZ OSORIO, ROCIO SANCHEZ OSORIO

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico temprano del alzheimer es necesario para el avance de la enfermedad. Sin embargo, los métodos de diagnósticos para un resultado inequívoco hasta que la patología está avanzada. Actualmente se aborda el desarrollo de nuevos métodos de diagnósticos en dos frentes, técnicos de diagnóstico in vitro y diagnóstico por imagen.

**OBJETIVOS:** Determinar los nuevos avances de las técnicas de diagnóstico precoz del Alzheimer.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio bibliográfico en diversas bases de datos sobre los nuevos avances en las técnicas de diagnóstico precoz del Alzheimer.

**RESULTADOS:** Los ovillos neurofibrilares (agregaciones intracelulares de la proteína denominada Tau), placas neuríticas, péptidos B-amiloides, etc, constituyen marcadores biológicos que están estrechamente relacionados con la aparición de la enfermedad y se pueden detectar en algunos lípidos biológicos (L, RC sangre), mediante las siguientes técnicas como ensayos inmunoenzimáticos. Uso de anticuerpos que reconocen y se unen a proteínas implicadas en esta patología. Técnicas proteolíticas para la comparación de la información de un proteoma de un individuo sano y un paciente con Alzheimer. Técnica de diagnóstico genético con un porcentaje bajo de casos de Alzheimer son hereditarios. Se han identificado 3 genes responsables del componente hereditario en el Alzheimer, pudiéndose identificar estos genes por técnicas de PCR o microarrays. TAC con la utilización de rayos X para obtener las diferentes densidades radiológicas del cerebro, en ocasiones se emplea un contraste para mejorar la visualización. Resonancia magnética permite obtener imágenes de diferentes planos de los tejidos blancos como el cerebro.

**CONCLUSIÓN:** La introducción de estas técnicas con fines diagnósticos es cada vez más usual para apoyar el diagnóstico clínico del Alzheimer, que hasta el momento se hace basándose en la historia clínica, lo cual hace que la enfermedad se detecte precozmente.

**PALABRAS CLAVE:** NUEVAS, ALTERNATIVAS, ALZHEIMER, DIAGNÓSTICO.

## TIROIDITIS EN CONTEXTO DE PATOLOGÍA VÍRICA

MONTSERRAT ALDRICH MEGINO, EVA MARIA ARCO AVILA, CRISTINA IGLESIAS CARRION,  
RICARDO MANUEL PAIM

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 41 años sin antecedentes patológicos de interés. Presenta dolor en la región paratraqueal izquierda de 4 semanas de evolución, diarrea sin productos patológicos, discreta pérdida de peso y nerviosismo. Antecedente de faringitis vírica el mes anterior con febrícula de 37°C.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Peso: 59,5 kg, Talla: 161 cm, IMC: 22,95, TA: 115/70 mmHg, fc: 72 ppm, Tª: 35,7°C, no adenopatías laterocervicales palpables. No se palpa ni se visualiza bocio. Faringe normal. Abdomen: anodino. -Analítica: hemograma: normal. VSG: 35 mm, TSH: 1,81 mUI/L, T4: 1,51 ng/dL, Anticuerpos anti-tiroperoxidasa: 0,80 UI/mL y anticuerpos receptores TSH: 0,3 IU/L - Ecografía de tiroides: glándula de tamaño y morfología dentro de la normalidad, sin nódulos. Señal doppler asimétrico (mayor en lóbulo tiroideo izquierdo) sugestiva de edema. Ganglios linfáticos laterocervicales izquierdos de aspecto reactivos.

**JUICIO CLÍNICO:** Ante un paciente que presenta dolor en la región anterior cervical con palpación de región tiroidal dolorosa de varias semanas de evolución, clínica sugestiva de hipertiroidismo y antecedente de viriasis se debe pensar en una tiroiditis subaguda granulomatosa de Quervain. **DIAGNÓSTICO**

**DIFERENCIAL:** La tiroiditis aguda es rara y de causa infecciosa. Cursa con clínica aguda de dolor, fiebre y adenopatías. No existe disfunción tiroidea, los anticuerpos antitiroperoxidasa son negativos. Se trata con antibióticos según el cultivo. Otras tiroiditis cursan sin dolor: la tiroidis crónica linfocitaria autoinmunitaria (Hashimoto), la tiroiditis subaguda linfocítica silente, la tiroiditis postparto y la tiroiditis de Riedel que cursa con disfagia, disnea y disfonía.

**CONCLUSIONES:** Existen virus respiratorios con más sensibilidad por la glándula tiroides causando dolor y inflamación de varias semanas de evolución. De inicio se presenta con leucocitosis, VSG elevada y TSH suprimida. En Se trata con antiinflamatorios. La recuperación es sin recidiva y el riesgo de hipotiroidismo es inferior al 10%.

**PALABRAS CLAVE:** TIROIDITIS, ODINOFAGIA, MARCADORES INFLAMATORIOS, AUTOINMUNIDAD.

## DIARREA AGUDA QUE NO MEJORA CON MEDIDAS DIETÉTICAS

EVA MARIA ARCO AVILA, MONTSERRAT ALDRICH MEGINO, RICARDO MANUEL PAIM, CRISTINA IGLESIAS CARRION

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 77 años de edad con los siguientes antecedentes patológicos: obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica y síndrome de apnea hipoapnea del sueño severa. Presenta úlceras crónicas en ambas extremidades inferiores de meses de evolución sin respuesta a varios tratamientos antibióticos. En este contexto presenta diarrea acuosa refractaria medidas higiénico dietéticas y anorexia motivo por el que se deriva a Urgencias.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Peso: 84 Kg, Talla: 155, IMC: 34,9, TA: 128/70 mmHg. -Abdomen: blando y depresible. No palpación de visceromegalias, peristaltismo aumentado. No peritonismo. Analítica: PCR:109 mg/l, leucocitos: 8,66 10e9/L (neutrófilos: 78%, limfocitos: 12%), antígeno y toxina (A+B) de Clostridium difficile positivos. Radiografía de abdomen: dilatación del intestino delgado.

**JUICIO CLÍNICO:** La enterocolitis por Clostridium difficile se presenta en pacientes con antecedente de tratamientos antibióticos y/o quimioterapia en las semanas previas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las toxoinfecciones alimentarias por V. Cholerae y E coli enterotoxigénica también se presentan con diarrea no inflamatoria. Las causadas por Shigella, V. Parahaemolyticus y la Salmonella con diarrea inflamatoria.

**CONCLUSIONES:** La infección por Clostridium difficile precisa de aislamiento. Se debe considerar la suspensión de antibióticos si es posible y en cuadros graves y/o persistentes tratar con metronidazol como es el caso. Se debe considerar la colitis pseudomembranosa como una posible complicación sobretodo en pacientes ancianos y hospitalizados.

**PALABRAS CLAVE:** DIARREA AGUDA, CLOSTRIDIUM DIFFICILE, PACIENTE FRÁGIL, ANTIBIÓTICOS.

## **MASTITIS GRANULOMATOSA EN PROBABLE RELACIÓN CON ANTICONCEPTIVOS ORALES**

PETRONILA MIREIA ALCÁZAR ARTERO, ISABEL SAURA GARCIA, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, IRENE DE LA TORRE RUBIO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 52 años que consulta por mastalgia derecha de dos días de evolución. Exploración: Tumoración, empastada, difusa, de unos 6cm con aumento de temperatura cutánea local con aspecto de mastitis aguda. No adenopatías axilares. Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. FUR hace 15 días. Formula menstrual 28/5. Tto: ACHO Se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulanico (875/125mg/8h) durante 1 semana con mejoría del dolor pero con persistencia de la masa por lo que solicita estudio ecográfico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Ecografía mama: masa sólida de ecoestructura muy heterogénea que deja sombra acústica posterior y mide 5 cm de diámetro máximo. Existe tumefacción de la grasa adyacente. En la axila derecha se identifican al menos dos ganglios con la cortical ligeramente engrosada (3,1mm). Mamografía: Masa de al menos 54 x 31mm, hiperdensa con respecto al tejido glandular y heterogénea, cuyos bordes visibles están bien delimitados. Axilas sin alteraciones. Piel y complejo areolar bilateral sin hallazgos. BAG DE LA MASA: Mastitis granulomatosa. PAAF de adenopati axilar : Negativa para células neoplásicas. Se obtiene abundante celularidad linfoide en diferentes estadios madurativos, con ocasionales macrófagos con cuerpos tingibles, consistente con linfadenitis.

**JUICIO CLÍNICO:** Mastitis granulomatosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Carcinoma mamario, angiopaniculitis granulomatosa, sarcoidosis mamaria, mastitis granulomatosas infecciosas, necrosis grasa y la ectasia ductal.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tratamiento médico con corticoides orales. Derivación a Unidad de Enfermedades Infecciosas para descartar TBC.

**CONCLUSIONES:** Como médicos de AP, ante una sospecha de mastitis que no se resuelve con tratamiento adecuado debemos descartar otras causas menos frecuentes y derivar a unidad de mama para su estudio. La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna con una baja incidencia. Se ha asociado a una respuesta inmunológica anormal, la utilización de anticonceptivos orales, así como la existencia de algún organismo infeccioso, como posible causante de una reacción alérgica de tipo cuerpo extraño.

**PALABRAS CLAVE:** MASTITIS GRANULOMATOSA, TUMOR, MAMA, MASTALGIA.

## LA IDENTIFICACIÓN EN LAS ALTAS CAPACIDADES

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO

**INTRODUCCIÓN:** El alumnado con altas capacidades requiere de una intervención que atienda su particular forma de aprender y que potencia sus capacidades. Se trata, sin duda, de un colectivo vulnerable si atendemos a las alarmantes cifras de fracaso escolar (CIDE, 2002). La identificación de las altas capacidades supone el primer paso necesario para poder dar una respuesta efectiva y de calidad.

**OBJETIVOS:** Determinar la necesidad de realizar una buena identificación que sea la base de una atención de calidad para el alumnado con alta capacidad. Determinar los mecanismos y los aspectos básico de dicha identificación.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en diversa bases de datos, como DIALNET y GOOGLE SCHOLAR. Los descriptores utilizados han sido “altas capacidades” junto con “detección”, “identificación” y “evaluación psicopedagógica”.

**RESULTADOS:** Los procesos de identificación incluyen, por un lado, la detección y, por otra, la evaluación psicopedagógica. En la detección intervendrán tanto los profesores como las familias, y debe intentar controlar los posibles sesgos. Por ejemplo, como señala un autor la variable edad (cuanto mayor edad, más posibilidades de obtener una alta puntuación) y la variable tutor (cada tutor valora de diferente forma a sus alumnos). Por otro lado, la evaluación psicopedagógica, es competencia de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y de los Departamentos de Orientación de los centros escolares. Esta evaluación debe ser lo más completa posible, y tendrá en cuenta no sólo la dimensión académica, sino también la personal, familiar y social, y se llevará a cabo mediante técnicas de recogida de información diversas.

**CONCLUSIÓN:** La atención a los niños y niñas con altas capacidades debe partir siempre de una buena identificación, que concrete sus necesidades, sus puntos fuertes y débiles y que atienda a sus diversas dimensiones (personal, académica, familiar y social).

**PALABRAS CLAVE:** ALTAS CAPACIDADES, DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

## PARASITOSIS DELUSIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JORGE ALBA FERNÁNDEZ, PALOMA SANGRO DEL ALCÁZAR, ALEJANDRO SÁNCHEZ CONRADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 39 años sin antecedentes de interés. Acude a consultas de Enfermedades Infecciosas por lesiones nodulares cutáneas múltiples en extremidades, tronco y cara de 1 año de evolución. La anamnesis por aparatos era anodina Como antecedentes infecciosos había estado en Sierra Leona haciendo turismo hacía 3 años y en Tailandia hacía 6 sin ningún problema de salud.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración: restando la descripción de las lesiones era normal. Pruebas complementarias: Se realizó analítica (PCR, VSG, pruebas hepáticas, función renal y hemograma) con serología frente Anisakis y larva migrans, coprocultivo, y coprocultivo parasitario, examen de heces mediante tinción de Kinyoun y test de Graham, TAC cerebral, cultivo y biopsia de una de las lesiones siendo todas las pruebas normales o anodinas.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome de Ekbom (parasitosis delusional). El síndrome de Ekbom es un cuadro psicopatológico descrito en 1894, en el cual el paciente tiene la convicción de tener su cuerpo parasitado por microorganismos sin evidenciarse ningún aislamiento. La convicción de la infestación les lleva a rascar su cuerpo por prurito y por la convicción de la infestación provocándose lesiones como las descritas en nuestro caso. Así mismo estos pacientes tienen un manejo complejo por su negativa a aceptar su enfermedad.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** . Intoxicación aguda: estimulantes (cocaína). Demencias. Trastorno obsesivo compulsivo. Hiponcodría. Esquizofrenia. Depresión. Prurito senil. Acne excoriado.

**PLAN DE CUIDADOS:** Inicialmente el paciente rechazo el tratamiento (antipsicóticos). Tras numerosas visitas finalmente aceptó el mismo consiguiendo la curación completa de las lesiones.

**CONCLUSIONES:** El síndrome de Ekbom es una enfermedad de difícil manejo por la negativa de los pacientes a aceptar su diagnóstico. La relación médico paciente cobra especial importancia en esta enfermedad. Es importante descartar una causa orgánica.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME DE EKBOM, PARASITOSIS DELUSIONAL, ORGANICIDAD, ANTIPSICÓTICOS.

## **DOBLE EXCEPCIONALIDAD: ALTAS CAPACIDADES Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT

**INTRODUCCIÓN:** Un 14% de las personas con altas capacidades presenta comorbilidad con otras especificidades o trastornos. En este caso hablamos de doble excepcionalidad. Esta doble excepcionalidad se puede dar, entre otros casos, con el Trastorno del Espectro Autista. Éste constituye un trastorno del neurodesarrollo que tiene un impacto en las funciones sociales, comunicacionales y/o conductuales.

**OBJETIVOS:** Determinar las características del colectivo que presenta doble excepcionalidad por altas capacidades y Trastorno del Espectro Autista (TEA). Determinar el diagnóstico diferencial. Llamar la atención sobre la necesidad de conocer esta realidad para darle respuesta adecuada.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en diversa bases de datos, como DIALNET y GOOGLE SCHOLAR. Los descriptores utilizados han sido “altas capacidades” junto con “TEA”, “autismo” y “doble excepcionalidad”.

**RESULTADOS:** Aunque el TEA se suele asociar a un deterioro cognitivo, existe según los especialistas un rango de esta población que presenta altas capacidades, a pesar del retraso en el desarrollo asociado. Es por ello que, según señalan las autoras, es necesario atender a una evaluación global para establecer las similitudes y diferencias entre TEA y altas capacidades en un mismo individuo. Así, una evaluación cognitiva y académica no resulta suficiente en casos de esta doble excepcionalidad, ya que estos alumnos, aunque presentan altas habilidades cognitivas y académicas, refieren dificultades en el plano social, comunicativo, adaptativo y emocional. Por lo que respecta a las características de este colectivo podemos señalar la dificultad manifiesta para entablar una conversación recíproca y en la comunicación no verbal.

**CONCLUSIÓN:** El colectivo doblemente excepcional por combinación de altas capacidades y TEA continua siendo un gran desconocido. La intervención en estos casos tienen que pasar, necesariamente por atender tanto sus dificultades como sus potencialidades.

**PALABRAS CLAVE:** ALTAS CAPACIDADES, TEA, DOBLE EXCEPCIONALIDAD, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

## LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA EN LAS ALTAS CAPACIDADES

ANNA MONZÓ MARTÍNEZ, M. PILAR MARTÍNEZ-AGUT, ANA CRISTINA ZAMORA CASTILLO

**INTRODUCCIÓN:** La constatación de la necesidad de intervención en el alumnado de altas capacidades, para evitar problemas de desajuste escolar, contrasta con la falta de consenso que existe entre los investigadores en la edad en que se debería iniciar la identificación de este alumnado.

**OBJETIVOS:** Determinar la necesidad de realizar una buena identificación que sea la base de una atención de calidad para el alumnado con alta capacidad. Determinar la necesidad de una identificación temprana que apoye una intervención ajustada.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en diversa bases de datos, como DIALNET y GOOGLE SCHOLAR. Los descriptores utilizados han sido “altas capacidades” junto con “educación infantil”, “identificación temprana” y “indicadores de riesgo”.

**RESULTADOS:** No resulta fácil determinar en que edad deben iniciarse los protocolos de detección y evaluación de las altas capacidades. Algunos estudios determinan que la detección debe ser tardía, ya que la identificación en edades muy tempranas carece de poder predictivo para etapas posteriores (Castro y otros, 2011). Aún así, no atender las necesidades de enriquecimiento, la particular forma de aprender o el universo emocional de los alumnos de altas capacidades desde edades tempranas puede acarrear desajustes importantes tanto a nivel personal como escolar y social. Es por ellos que consideramos que desde la educación infantil se deben atender a los indicadores de riesgo vinculados a las altas capacidades, con la intención de poner en marcha las medidas educativas necesarias.

**CONCLUSIÓN:** La identificación temprana del alumnado de altas capacidades no debe ser un instrumento de segregación o discriminación de los alumnos, ni debe servir para etiquetarlos. Su función debe ser la de responder a las necesidades académicas, sociales y personales de los alumnos y evitar futuros desajustes.

**PALABRAS CLAVE:** IDENTIFICACIÓN TEMPRANA, ALTAS CAPACIDADES, INDICADORES DE RIESGO, EDUCACIÓN INFANTIL.

## DIARREA CRÓNICA DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTE JOVEN

MARTA SUÁREZ HURTADO, MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 22 años que acude a urgencias con un cuadro diarreico con un año de evolución de unos 3 episodios al día unidos a cólico diario, dolor abdominal y pérdida de peso. Antecedentes: hipovitaminosis B12.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** No presenta fiebre ni otras manifestaciones, tomamos constantes que se encuentran dentro de la normalidad. Realizamos pruebas complementarias pertinentes como: hemograma, bioquímica, coprocultivo que ha dado negativo, enema opaco que indica signos de colón espástico y tránsito gastro-intestinal sin signos de alteración. Se mantiene la hipovitaminosis.

**JUICIO CLÍNICO:** Diarrea de larga duración en estudio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome de intestino irritable, diarrea crónica funcional, hipersensibilidad a alimentos y sobrecrecimiento bacteriano o parásito entre otros; los cuales descartados por las pruebas pertinentes.

**PLAN DE CUIDADOS:** Diarrea r/c inflamación m/p dolor abdominal y eliminación por lo menos de tres deposiciones al día. NOC: 0501 Eliminación intestinal. Indicadores: 050113 Control de la eliminación de las heces. NIC: 0406 Manejo de la diarrea. Actividades: Descartar medicación y/o alimentos que pudieran desencadenarla, observar piel perianal para ver si hay irritación o ulceración y practicar acciones que supongan descanso intestinal (dieta absoluta, líquida, blanca, etc. Gradualmente).

**CONCLUSIONES:** La celiaquía es uno de los diagnósticos a considerar entre los pacientes con diarreas de larga duración, los datos que nos hicieron sospechar fueron las diarreas de larga evolución y la hipovitaminosis. Es muy importante establecer el diagnóstico por cuatro razones: malignización del caso, presencia de deficiencia nutricionales, posibilidad de nacimiento de recién nacidos con bajo peso en madres afectadas e interferencia con enfermedades autoinmunes.

**PALABRAS CLAVE:** DIARREA CRÓNICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, CELIAQUÍA, DIAGNÓSTICO.

## VARÓN CON DERRAME PLEURAL DERECHO PENDIENTE DE FILIAR

MARIA MOLINA CIFUENTES, OLGA MECA BIRLANGA, ADRIANA GARRE GARCIA, PATRICIA FERRER SOLDEVILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 48 años con disnea de un mes de evolución y sudoración profusa. Como antecedentes exfumador desde hace 11 años, con un CA: 40 paq/año. Vigilante de seguridad. Previamente albañil, en contacto con amianto. DM tipo II. Taquicardia sinusal. Discopatía lumbar. Acude a Urgencias donde se objetiva derrame pleural en Radiografía de Tórax.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Bioquímica: Glucosa 153 mg/dl; Creatina 0.75 Mg/dl; Urea 28 mg/dl; Bilirrubina 0.41 Mg/dl; Iones normales; Colesterol 159 mg/dl; Albúmina 42 g/L; Proteínas totales 72 g/L; PCR 68.5 Mg/L. ALT 36 UI/L; AST 53 UI/L; GGT 77 UI/L; LDH 354 UI/L; FA 167 UI/L. Marcadores tumorales normales. PCR 40.7 G/L; FR 48 mg/L; Proteinograma normal; C3 2.05 G/L; C4 0.41. Hemograma: Leucocitos 7.600 (FN); Hb 13.4 G/L; Htco 38.2%; Plaquetas 217.000; VSG 75 mm/1ªh MANTOUX: Negativo Toracocentesis diagnóstica: pH 7.30; 98% Linfocitos; Gluc 185 mg/dl; Proteína 58 g/L; LDH 631 UI/L; ADA 51.7; Colesterol 105.41; Albúmina 34 g/L. Ecografía abdominal: Hígado marcadamente esteatósico sin evidencia de lesiones focales salvo un pequeño quiste localizado adyacente a la vesícula de aproximadamente 14.8Mm y que correspondiera a una adenomiomatosis. Vesícula distendida y alitiásica. Revisión a los dos meses: Toracocentesis: pH 7.30; 98% Linfocitos; Glucosa 185.4; Proteínas 58 g/L; LDH 630.6 UI/L; ADA 46.6; Colesterol 111.58 Mg/dl; C4 0.6 G/L; FR 21.1 UI/L. ANA positivo 1/160; patrón homogéneo. Analítica: Bioquímica: Gluc 180; FR 37 kU/L; VSG 58 mm/1ªh; GGT 73.8 UI/L; Hormonas tiroideas normales. ANA positivo; 1/320; patrón homogéneo. Péptido citrulinado > 340 UI/ml.

**JUICIO CLÍNICO:** Derrame pleural secundario a artritis reumatoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mesotelioma. Derrame paraneumónico y Tuberculoso.

**PLAN DE CUIDADOS:** Metotrexate y Prednisona.

**CONCLUSIONES:** La afectación pleural es la manifestación intratorácica más frecuente de la AR(5%). En el 25% de los casos precede o es simultáneo, y la clínica depende de la cantidad de derrame. Pueden ser unilaterales, bilaterales y migratorios.

**PALABRAS CLAVE:** DERRAME PLEURAL, DISNEA, DOLOR TORÁCICO, ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

## LINFOMA NO HODKING: IMPORTANCIA CLÍNICA Y SINTOMATOLOGÍA

MARIA GUERRERO RUBIO, YURENA MARÍA RODRIGUEZ ORTEGA, PATRICIA FORT RIOS,  
DUNIA AMMAR CHAIB

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Puérpera de 30 años que acude al servicio de urgencias, por presentar astenia y diaforesis nocturna de varios meses evolución, acompañada de pérdida de peso. Tras varias consultas en su centro de matronas y ginecología, por presentar dolor en mama izquierda irradiado hacia zona escapular y fiebres nocturnas, se relaciona en principio a mastitis por lactancia. Acude al servicio de urgencias por empeoramiento de los síntomas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la analítica al ingreso encontramos Hemograma: Hb 12.1 G/dl, Leucocitos 10.800/L (PMN 9200/L), Plaquetas 483.000/L. En el aparato respiratorio se percibió a la auscultación murmullo vesicular rudo en ambos campos pulmonares. Por su clínica y resultados de complementarios se diagnostica una neumonía. Por rayos X de tórax se diagnostica una masa tumoral en región mediastínica. En la placa de tórax se observó radiopacidad difusa de bordes irregulares que ocupa gran parte del mediastino y pulmón izquierdo, impresiona ligero desplazamiento del área cardíaca hacia el lado derecho y adenopatías mediastínicas, Se realizó una tomografía axial computadorizada, en la que aparece una tumoración del mediastino, clínicamente, por las imágenes se diagnostica un linfoma por lo que se le realiza estudio anatomopatológico para determinar tipo.

**JUICIO CLÍNICO:** Linfoma no Hodking de células B difusas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mastitis, neumonía, Linfoma Hodking, timoma, linfoma no hodking.

**PLAN DE CUIDADOS:** Informar al paciente de las características de su enfermedad y el efecto que este ejerce sobre su organismo Administración de analgésicos indicados. Explicar el uso de técnicas respiratorias Controlar y registrar la ingesta de alimentos y líquidos , nauseas, vómitos y fiebre.

**CONCLUSIONES:** Nuestro paciente resulto ser un portador de un linfoma no Hodking mediastinico difuso de células B, diagnosticado a través de la toma demuestra en el mediastino, realizándole una toracotomía. Es importante resaltar la necesidad de conocer las formas de presentación del tumor de mediastino para poder hacer un correcto y oportuno diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** DIAFORESIS, LINFOMA, MASA, MEDIASTINO.

## CA15.3 EN EL CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

ALBERTO GONZALEZ ANDRADE, MARIA DEL MAR GARCIA MIÑON, ANA MARIA TRIGO ZAMBRANO

**INTRODUCCIÓN:** El Ca 15.3, También llamado antígeno carbohidrato 15.3, Es una proteína que se encuentra en las células epiteliales, que se altera en múltiples patologías como carcinomas (ovario, pulmón, páncreas, hígado), y en patologías no oncológicas, como tumores benignos de ovario, enfermedades benignas de la mama, hepatopatía crónica o cirrosis hepática, sarcoidosis, tuberculosis, lupus eritematoso sistémico o disfunción tiroidea, aunque su mayor utilidad clínica es en el cáncer de mama. Por verse elevado en tantas patologías no suele utilizarse de manera única para screening, siendo utilizado conjuntamente con el CEA. Para el diagnóstico precoz se utilizan tanto la exploración como las mamografías periódicas según el riesgo que tenga el individuo. De manera independiente, el CA 15.3 Se utiliza para determinar la evolución o la respuesta terapéutica de un tumor maligno. No obstante, pese a sus limitaciones, es de suma importancia teniendo en cuenta que el carcinoma de mama es la primera causa de cáncer en la mujer.

**OBJETIVOS:** Evaluar casos positivos del antígeno Ca15.3 En el Hospital Universitario Virgen del Rocío en enero del 2018.

**METODOLOGÍA:** Los resultados se han obtenido mediante la consulta de la base de Omega 3000 del Hospital universitario Virgen del Rocío durante el mes de enero de 2018. El valor de corte para este centro es de 40 U/mL, habiéndose considerado positivos los superiores a este valor.

**RESULTADOS:** Se han obtenido un total de 121 valores superiores a los valores de normalidad de las 1370 muestras analizadas, si bien 24 de ellas lo sobrepasan por muy poco y pueden llegar a considerarse normales.

**CONCLUSIÓN:** Casi un 10 % de positividad indica su uso para apoyo a la detección y diagnóstico además de para el pronóstico, aunque no sea determinante para el diagnóstico. Dada la alta incidencia de esta patología no deja de innovarse en métodos para diagnóstico fiable.

**PALABRAS CLAVE:** MARCADORES TUMORALES, CA153., CÁNCER MAMA, DIAGNÓSTICO.

## **FIEBRE Y ESPLENOMEGALIA: QUÉ HACER CUANDO TODO ES INESPECÍFICO**

ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS, MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO, GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 19 años intervenido de neuroblastoma en su niñez. Ingresa por fiebre de duración intermedia de predominio vespertino y pérdida de peso. Sin otra sintomatología y exploración física normal. El paciente vive en ambiente urbano en el sur de España y no tiene contacto con animales.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La radiografía de tórax fue normal y en la analítica destaca leucopenia de 2600/L con 1600/L neutrófilos, así como anemización progresiva. Se realiza extensión de sangre periférica hallándose linfocitos atípicos. Transaminasas GOT75U/L, GPT108U/L, GGT220U/L e hipertrigliceridemia 280mg/dL, folicopenia y proteinograma con hipergammaglobulinemia policlonal y elevación de reactantes de fase aguda.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizaron serologías de CMV, VEB, VHS, parvovirus B19, hepatitis A, B y C, rubeola y toxoplasma, serologías a Rickettsia, Borrelia, Coxiella, y Brucella, VIH y CLIA que resultaron negativos, así como los hemocultivos seriados durante los picos febriles, el mantoux y el urocultivo. Ecocardiografía sin presencia de vegetaciones. Solicitamos autoinmunidad, siendo negativos ANA, AntiDNA, ENAs, ANCA, complemento, antifosfolípidos y Coombs directo. Sospechamos etiología neoforativa y se solicitó TCtoraco-abdomino-pélvico con el único hallazgo de esplenomegalia de 16.7Cm, sin adenopatías significativas.. Nuestro diagnóstico diferencial discurría entre Sd. Linfoproliferativo limitado a bazo, Sd. Hemofagocítico o parasitosis. Realizamos balance inmunitario con ligera tendencia a la inversión CD4/CD8 y se realizó PAMO en la que se evidenció displasia eritroide discreta en probable relación a folicopenia, con plasmocitosis reactiva. Sin datos citológicos de infiltración medular por leishmania ni imágenes de hemofagocitosis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Antes de realizar pruebas más invasivas, solicitamos la PCR a Leishmania, que resultó positiva, diagnosticándose de leishmaniasis visceral y tras lo que se inició tratamiento con Anfotericina B 3mg/kg IV durante 5 días, desapareciendo la fiebre a las 48 h de iniciar el tratamiento. Se aplicaron dosis a los 14 y 21 días, normalizándose los parámetros clínicos y analíticos, quedando el paciente totalmente asintomático.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE, ESPLENOMEGALIA, LEISHMANIA, ANEMIA.

## **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON ICTUS**

MARÍA DEL MAR RUIZ GÓMEZ, ROCÍO PARRÓN RODRIGUEZ, MARIA DEL MAR PASCUAL SILES

**INTRODUCCIÓN:** Los planes de cuidados estandarizados en pacientes con ictus nos ayudan a unificar criterios mejorando en cierta medida los cuidados que después se aplican al paciente

**OBJETIVOS:** Valorar la necesidad de un plan de cuidados de enfermería estandarizado en pacientes con ICTUS.

**METODOLOGÍA:** Se realiza búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Medline, Cuiden, Pubmed y Google académico para identificar estudios y artículos sobre el plan de cuidados estandarizado para pacientes con ictus.

**RESULTADOS:** Los planes de cuidados nos ayudan a identificar las necesidades de los pacientes con ictus, los signos y síntomas de inestabilidad fisiológica. Se mejora la calidad de cuidados de enfermería orientados a conseguir un nivel óptimo de recuperación en dicho pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta útil para realizar unos cuidados unificados, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, ya que se unifican criterios, se favorece la continuidad de los cuidados y la implicación de familiares y cuidadores.

**PALABRAS CLAVE:** ICTUS, CUIDADOS, VALORACION, TAXONOMIA, PROBLEMA DE SALUD, CRITERIOS.

## VALORACIÓN ELECTROMIOGRÁFICA DE LA MUSCULATURA GLÚTEA

PATRICIA VAZQUEZ ALARCON, DAVINIA DE SAN NICOLÁS FUERTES, DIEGO ZAMORA PEREZ, ANA MARIA MARTINEZ PUERTO, CARMEN MARIA GARNES SANCHEZ, SOFÍA ORTIGOSA GÓMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 80 años remitida al Servicio de Neurofisiología Clínica para la realización de estudio electromiográfico de musculatura glútea derecha. La paciente se intervino quirúrgicamente para una artroplastia de cadera derecha hace 8 meses, presentado tras la cirugía una marcha Trendelemburg y maniobra Trendelemburg +, asocia dolor sobre el glúteo mayor derecho.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En el estudio electromiográfico, destaca la presencia de potenciales de unidad motora de tipo neurógeno crónico en glúteo medio derecho con un trazado voluntario de tipo intermedio, sin presencia de actividad espontánea durante el reposo. El resto del estudio neurográfico y electromiográfico que se realizó en el miembro inferior afecto no tuvo hallazgos significativos.

**JUICIO CLÍNICO:** Lesión de nervio glúteo superior (neuropatía periférica como complicación de artroplastia de cadera). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aflojamiento prótesis de cadera, luxación de cadera, coxa vara por fractura de cuello femoral, radiculopatía/plexopatía.

**CONCLUSIONES:** Aunque la lesión neurológica en cirugía de cadera es infrecuente, puede traer consigo importantes repercusiones funcionales para el paciente. El diagnóstico se basa en la exploración física y se confirma mediante estudios de neurofisiología que permiten identificar el tipo de lesión y la localización, así como establecer el pronóstico funcional. La mayor parte de casos reportados de neuropatías tras cirugía de cadera se refieren a los nervios ciático y femoral. Algunos autores sugieren el empleo de métodos neurofisiológicos intraoperatorios para detectar la irritación nerviosa durante las cirugías de cadera. Sin embargo, no se ha establecido claramente que esta monitorización reduzca de manera significativa la prevalencia de esta complicación, por lo que se podría reservar para intervenciones de alto riesgo como la displasia de cadera o la cirugía de revisión.

**PALABRAS CLAVE:** MARCHA TRENDELEMBURG, PROTESIS CADERA, NEUROPATIA GLUTEO SUPERIOR, MUSCULO GLUTEO MEDIO, NEUROPATIA POSTOPERATORIA, ELECTROMIOGRAFIA.

## IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD EN PACIENTE ADULTO

JOSE MANUEL DELGADO LIMONES, MARIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ, AZAHARA PÉREZ GÓMEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 50 años acude a la consulta de enfermería, tras haberle colocado 2 stent y le aconsejan perder peso. El paciente ha sido diagnosticado de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. No alergias conocidas. El paciente refiere no estar satisfecho con su peso pero presenta dificultad para mantener control de peso, debido a que mantiene una dieta desequilibrada y no realiza ejercicio físico. Esta falta de ejercicio la asocia con las patologías crónicas que presenta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Constante vitales: TA: 160/90 mmHg, FC 80 lpm arrítmico, Nivel de glucemia 105 mg/dl, Peso 123 Kg con una talla 176 cm y un IMC de 40.

**JUICIO CLÍNICO:** Paciente presenta obesidad, con un índice de masa superior a 40. Para asegurar el bienestar de nuestro paciente nos hemos marcado como diagnostico principal 00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p Peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. Ya que el paciente realiza una ingesta calórica superior a sus necesidades energéticas lo que ha provocado un aumento de su peso ideal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el momento de plantearnos este diagnostico, ha sido necesario diferenciarlo de otros diagnostico relacionados, como riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso.

**PLAN DE CUIDADOS:** Objetivos: 1612 Control de peso Indicadores 161201 Supervisa el peso corporal. 161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima. 161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica. 161221 Alcanza el peso óptimo Intervenciones: 0200 Fomento del ejercicio 1280 Ayuda para disminuir el peso.

**CONCLUSIONES:** Tras la última valoración de los indicadores de resultado, mantuvimos un alto porcentaje con lo cual podemos decir que hemos cumplido los objetivos marcados. Queremos destacar la importancia de realizar un correcto diagnóstico que nos ayuda a establecer buenos objetivo e intervenciones con lo cual podremos llevar a cabo un plan de cuidado eficaz e individualizado.

**PALABRAS CLAVE:** OBESIDAD, NIC, NOC, PLAN DE CUIDADOS, DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL: POSIBLES CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, GABRIELA CASTILLO CALVO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 85 años que acude a consulta de Urgencias al Centro de Salud por dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio izquierdo, de tipo continuo, de unas 12 horas de evolución. Presenta náuseas sin vómitos, no alteraciones del hábito intestinal reciente, última deposición hace un día de características habituales. No comenta tránsito a gas en el día de hoy. Afebril en todo momento. No alteraciones urinarias. Previamente cuadro catarral la semana previa. Como antecedentes personales, no presenta alergias conocidas, hipertensión y diabetes mellitus en tratamiento, ictus hace 20 años con leve disartria y hemiparesia izquierda como secuelas; y Fibrilación auricular permanente anticoagulada.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. Auscultación: tonos arrítmicos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, molestias a la palpación profunda con signos de defensa voluntaria, más localizado en mesogastrio. Para averiguar más sobre el origen del dolor procedemos a realizar una exploración en zona genital. Presenta una hernia inguinoescrotal izquierda, incarcerada, con imposibilidad para reducir. No eritema ni signos de infección. Tras estos hallazgos se deriva a Urgencias del Hospital.

**JUICIO CLÍNICO:** Hernia inguinoescrotal incarcerada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gastritis y úlcera péptica, pancreatitis aguda, colelitiasis, diverticulitis, cólico renoureteral... Causas de obstrucción intestinal como el cáncer de colon.

**PLAN DE CUIDADOS:** El paciente ingresa a cargo de Cirugía General para intervención quirúrgica urgente. Cursa sin incidencias. Se explica cómo realizar curas locales, debiendo acudir a su centro de salud para retirada de grapas, y se pauta tratamiento sintomático y reajuste de la anticoagulación. Se advierte que deberá evitar esfuerzos durante mínimo un mes.

**CONCLUSIONES:** Es importante a la hora de realizar el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, realizar una buena anamnesis y exploración completa. El dolor abdominal se puede enfocar según localización y síntomas, pero también debemos tener en cuenta que a veces el dolor puede ser referido y tener una causa fuera del abdomen.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR ABDOMINAL, HERNIA, INGUINAL, INCARCERADA.

## **DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE ORIGEN ENDOCRINO: HIPERPROLACTINEMIA**

CESAR CARRION BALLARDO, NOELIA OTERO CABANILLAS, PATRICIA MINCHONG CARRASCO, ANDREA GARCÍA MARTÍNEZ, IRENE RUIZ LARRAÑAGA, MILAGROS ARIAS LAGO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 23 años remitido de la consulta de psicología al servicio de urología para valoración de disfunción eréctil de 2 años de evolución. Antecedentes: Niega consumo de alcohol, drogas y tabaco. Niega Enfermedades de transmisión sexual así como traumatismo, cirugía genital o clínica miccional. Afirma no tener problemas laborales, familiares y con su pareja. Cuenta cefalea y mareo desde hace 6 meses.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Abdomen: Blando sin dolor ni masas. Genitales externos: sin alteraciones significativas. Tacto rectal : próstata grado I sin lesiones sospechosas. Resto de la exploración sin alteraciones. Test IIEF -5 : 10 (disfunción eréctil grave) Hemoglobina 15 G/dL, hemocrito 45.40 %, UREA 20 mg/dL, creatinina 0.67 Mg/dL Bioquímica y cultivo de orina: negativo. Cultivo de semen : negativo Ecografía Urológica/testicular: Sin anomalías. Marcadores tumorales: B HCG, AFP y LDH negativos. PSA total: 0,33 Estudio hormonal: Testosterona, Hormona luteinizante, Hormona folículo estimulante y estradiol en rango normal. Prolactina: (Rango normal 2-17) primera toma 29 , segunda toma 28. RMN: Masa intraselar esférica de 5 mm sin desplazamiento significativo del tallo hipofisario.

**JUICIO CLÍNICO:** Microadenoma Hipofisario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Macroadenoma hipofisario, Hiperprolactinemia por fármacos.

**CONCLUSIONES:** El mecanismo de la erección depende de la interrelación de factores psicológicos, vasculares, neurológicos y hormonales. Las enfermedades endocrinas afectan a la función sexual. El síntoma más importante de hiperprolactinemia es la disfunción eréctil (88% de los casos. Puede aparecer retraso o pérdida del orgasmo, pero siempre asociado a disfunción eréctil, y más raramente alteraciones en la eyaculación. Además de las alteraciones sexuales y con menos frecuencia, puede aparecer disminución del vello corporal (40%) y ginecomastia (13%). La decisión de la cirugía se basa en el tamaño tumoral y la falta de respuesta del tratamiento médico y sus indicaciones son: macroadenomas invasivos que no reducen el tamaño y pacientes con microadenomas que no toleran los agonistas dopaminérgicos o no son efectivos.

**PALABRAS CLAVE:** DISFUNCIÓN ERÉCTIL, HIPERPROLACTINEMIA, ADENOMA HIPOFISIS, PROLACTINA.

## AMILOIDOSIS COMO CAUSA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO

BEATRIZ ELENA MONTENEGRO PUCHE, RAQUEL DE LA VARGA MARTÍNEZ, ANTONIO JESÚS MARTÍN JIMÉNEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia mitroaórtica ligera, hernia de hiato y anemia ferropénica. Acude por lumbalgia que no se controla con analgesia pautada en urgencias, atribuida a cólico renal y infección urinaria concomitante.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 140/90. FC 64. Auscultación cardiopulmonar rítmica, soplo sistólico, murmullo conservado. Abdomen normal. Dolor a la palpación de región lumbar. Sin focalidad neurológica. Analítica: Hb 8.8 G/dl, leucocitos 11400/mm<sup>3</sup>, plaquetas 592000/mm<sup>3</sup>. Glucosa 88 mg/dl, urea 56 mg/dl, creatinina 2.77Mg/dl, sodio 144, potasio 4.1, Función hepática normal, proteínas totales 5.4 Mg/dl, autoinmunidad negativa, complemento normal. Sedimento orina: proteinuria, hematuria. Albumina en orina 24h 5.8 G. Calciuria, PTH normales. Calcio sérico corregido 8.9 Mg/dl. Ecografía renal: Ambos riñones de tamaño aumentado, cortical hiperecogénica, ligera ectasia piélica bilateral. Biopsia renal donde observan depósitos difusos glomerulares de material amiloide, rojo congo positivo y birrefringencia verde manzana con Luz polarizada. RMN lumbar :fractura con aplastamiento cuerpo vertebral L4.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad renal crónica secundaria a amiloidosis AL. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El síndrome nefrótico es causado por diversos trastornos, que pueden ser secundario a neoplasias, nefropatía diabética, puede darse en el contexto de nefritis lúpica, por otra parte trastornos hematológicos como mieloma múltiple (primera sospecha en esta paciente por patología ósea y renal), amiloidosis menos frecuente pero fue la etiología final, por otra parte por infiltración neoplásica, farmacológico o incluso en infecciones (como amigdalitis estreptocócica, hepatitis o mononucleosis).

**CONCLUSIONES:** Ante un paciente con síndrome nefrótico es fundamental disponer de unidad de nefrología de referencia para filiar etiología del mismo y realizar un tratamiento dirigido precoz.

**PALABRAS CLAVE:** AMILOIDOSIS, SÍNDROME NEFRÓTICO, MUJER, RENAL.

## CASO CLÍNICO: ÚLCERA TRAS INFECCIÓN EN MIEMBROS INFERIORES

ANTONIA BARRIOS BECERRA, FRANCISCA VALENTIN LUNA, BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Presentamos el caso clínico de un varón de 56 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, no antecedentes personales ni quirúrgicos previos y sin tratamiento habitual. Que presenta herida en miembros inferiores de varios meses de evolución con empeoramiento de la lesión desde hace 20 días, junto con inflamación y con respuesta escasa al tratamiento ambulatorio (polaramine, naproxeno y clindamicina v. O. ). No asocia traumatismo previo ni otra lesión.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza exploración física de pierna izquierda con inflamación con fóvea +++/+++ hasta rodilla, en zona pretibial se observa placa de necrosis de 3-4 cm de diámetro mayor en zona eritematosa y flictemas. No supurativa en el momento actual pero sí algo pruriginosas. También se realiza analítica de sangre con Hemograma y Bioquímica normales y en el estudio de coagulación el fibrinógeno tiene un valor de 484,5, resto normal. Se realiza además, exudado de herida pretibial que evidencia infección por Pseudomonas.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras la exploración física y las diferentes pruebas complementarias realizadas, se evidencian hallazgos compatibles con infección erisipeloides edematosa en miembros inferiores secundaria a infección por Pseudomonas Aeruginosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se confirma con la realización de cultivo del exudado de la zona lesionada. Confirmando infección por pseudomonas.

**PLAN DE CUIDADOS:** Medidas terapéuticas a seguir: -Inicio de tratamiento antibiótico endovenosa. -Curas locales diarias con Sulfadiazina Argéntica previa limpieza con SF y apósito limpio. -Vendaje compresivo ascendente del miembro afecto para favorecer el retorno venoso). -Elevación de la pierna. -Deambulación en la medida de lo posible.

**CONCLUSIONES:** Teniendo en cuenta el caso clínico, las medidas adoptadas y la evolución de la herida, evidencia que para evitar este tipo de lesiones es muy importante la PREVENCIÓN ya que se descarta UPP, úlcera venosa y/o arterial. Se aconseja no manipular nunca heridas en la piel, a no ser por personal especializado, puesto que una simple herida puede evolucionar a casos más graves.

**PALABRAS CLAVE:** ULCERA, INFECCIÓN, PSEUDOMONAS, ENFERMERÍA, VENDAJE.

## **FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO**

ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS, GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA, MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 68 años con clínica de abdomen agudo, TCabdominal normal y laparotomía exploradora sin hallazgos. Episodios recurrentes de dolor abdominal y fiebre desde su juventud, con numerosas visitas a urgencias y realización de 9 laparotomías sin hallazgos. Periodicidad mensual con intensidad variable, durante 1-5 días y permaneciendo asintomático intercrisis. Clínica de artralgias y convulsiones sin estudio ni tratamiento.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica con leucocitosis de 23.000/L con neutrofilia y trombocitosis de 300.000/L. Triglicéridos 350mg/dL, VSG 140mm. Proteinograma, autoinmunidad, Anticuerpos antitransglutaminasa y antigliadina, complejos inmunes circulantes, Coombs directo y crioaglutininas negativas. Hemocultivos, urocultivo, coprocultivo negativos. Líquido peritoneal tipo trasudado, cultivo negativo. Mantoux y baciloscopias negativas. VIH, VHA, VHB, VHC, VEB, CMV, LUES, M. Pneumoniae, Chlamydia, borrelia, brucella y rickettsia: negativos. Test de Hoesch negativo. EDA: intervención tipo BilrothII y gastritis atrófica. Colonoscopia normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Abdomen agudo recurrente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mediante el TCabdomen se descartó la pancreatitis aguda que es frecuente en alcohólicos y cursa con amilasa y puede cursar con amilasa y lipasa normales; sin datos de nefrolitiasis, de isquemia mesentérica crónica ni de vasculitis o neoplasias. Con las endoscopias se descartaron el ulcus péptico, las EII y la celiaquía, que también presentaba negatividad de anticuerpos. La autoinmunidad negativa descartó LES, Wegener, Schönlein-Henoch y Sd. Antifosfolípido. Se descartaron anemias hemolíticas por anticuerpos calientes, fármacos y enfermedad de las crioaglutininas, teniendo en cuenta que ésta última puede estar medidas por infecciones como *Mycoplasma pneumoniae*, VEB, CMV, VHC y VIH. El test de Hoesch descartó la porfiria aguda intermitente. Otras patologías como la enfermedad de Still del adulto, y fiebre mediterránea familiar necesitan de la sospecha clínica del especialista y haber descartado previamente otras patologías.

**PLAN DE CUIDADOS:** Por último se sospechó el diagnóstico de síndrome autoinflamatorio y se solicitó el test genético de síndromes hereditarios de fiebre periódica, siendo positivo para fiebre mediterránea familiar, iniciándose tratamiento con colchicina.

**PALABRAS CLAVE:** FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR, ABDOMEN AGUDO, SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS, FIEBRE.

## PACIENTE CON TROMBOPENIA FULMINANTE Y HEMORRAGIA PULMONAR

MARÍA DOLORES ALMENARA ESCRIBANO, ASCENSION MARÍA VÍLCHEZ PARRAS, GEMA DEL CONSUELO GUTIERREZ LARA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón, 82 años, exfumador, con insuficiencia renal crónica, EPOC, y estenosis aórtica severa. Presenta disnea, fiebre, tos y expectoración purulenta de varios días de evolución. En la exploración existían roncus en campos pulmonares, siendo el resto anodino. Pasadas 48 horas, aparece esputo hemoptoico, epistaxis y micropetequias distales.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se objetivaron plaquetas de  $1 \times 10^3 /\mu\text{L}$ , confirmadas por frotis sanguíneo y se realizó TAC torácica, que mostraba la existencia de hemorragia pulmonar. Las serologías de atípicas, VIH, Lúes, virus, ANA, ANCA, Anti-membrana basal glomerular y crioglobulinas resultaron negativas, así como el cultivo de esputo. Se realizó estudio general para descartar neoplasia oculta, sin hallazgos. La función tiroidea resultó normal y no se detectaron datos analíticos de hemólisis ni de síndrome antifosfolipídico.

**JUICIO CLÍNICO:** Púrpura trombocitopénica idiopática. (PTI). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el interrogatorio se descartaron síntomas y signos compatibles con enfermedades autoinmunes y posibles fármacos responsables. No obstante, por empeoramiento de función renal, se solicitaron ANA, ANCA, Ac-Membrana basal glomerular y Ac-Crioglobulinas para descartar Lupus, Wegener, Síndrome de Goodpasture y Panarteritis nodosa microscópica y vasculitis crioglobulinémica. Se descartó razonablemente neoplasia oculta/síndrome linfoproliferativo. No se encontraron datos analíticos de Síndrome Antifosfolipídico ni virus/bacterias asociados al cuadro. Se iniciaron corticoides e inmunoglobulinas, con mejoría clínica y normalización de plaquetas.

**CONCLUSIONES:** La PTI se define por exclusión como una trombocitopenia aislada con número normal o aumentado de megacariocitos en médula ósea, sin otra enfermedad subyacente, no atribuible a infección ni tóxicos. Su patogenia radica en la eliminación prematura de las plaquetas cubiertas de autoanticuerpos por las células del sistema mononuclear fagocítico. Sólo deben tratarse los brotes hemorrágicos, dada la variabilidad espontánea de la cifra de plaquetas y la existencia de trombocitopenias prolongadas sin sangrado. El tratamiento se inicia con glucocorticoides y si no hay respuesta se administran inmunoglobulinas a altas dosis. Como segunda línea queda la esplenectomía.

**PALABRAS CLAVE:** TROMBOPENIA, PLAQUETOPENIA, HEMORRAGIA PULMONAR, PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA.

## **MANEJO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON POLINEUROPATÍA DOLOROSA PERIFÉRICA DIABÉTICA**

ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

**INTRODUCCIÓN:** La polineuropatía diabética es una de las complicaciones de mayor trascendencia clínica en el enfermo diabético. En muchas ocasiones el dolor asociado a ella es muy difícil de controlar, ya que no responde a la batería analgésica habitual, sino que requiere tratamientos específicos más intensivos a base de antiepilépticos y derivados mórficos. Dentro de los primeros contamos con la oxacarbazepina (OXC) que actúa selectivamente sobre los canales del sodio y que ofrece importantes ventajas clínicas respecto a los antiepilépticos convencionales.

**OBJETIVOS:** Analizar el manejo clínico y terapéutico del paciente con polineuropatía dolorosa periférica diabética.

**METODOLOGÍA:** Realizar estudio de revisión de un total de 50 enfermos con dolor neuropático y tratados con OXC al menos 90 días. 50 Enfermos: se realizan 5 controles: inicial, 7, 30, 60 y 90 días. Dosis: 600 mg/ 24 h 30 días. Después 900 mg/ 24h edad media: 54 años. 38 Varones y 12 mujeres. Todos con dolor bilateral. Evaluación de dolor escala eva. Horas de sueño y mcgill. Calidad de vida.

**RESULTADOS:** Antes del tratamiento un 80 % presentaba dolor moderado, el 10 % severo y el restante 8% leve y el 2% eran asintomáticos. Después de los 90 días un 85 % de los pacientes refería molestias leves, 2% dolor severo, 10% moderado y el resto no referían dolor.

**CONCLUSIÓN:** La OXC es un tratamiento eficaz en el manejo de la polineuropatía dolorosa diabética. Dosis progresivamente incrementada. Escasos efectos adversos fácilmente controlables. Evitar en insuficiencia renal debido a prolongación de vida media.

**PALABRAS CLAVE:** DIABÉTICA, PERIFÉRICA, PIE DIABÉTICO, POLINEUROPATÍA.

## EXTRACCIÓN DE GASOMETRÍA ARTERIAL SIN DOLOR

ALBERTO ROMERO VIDOSA, ELENA MARÍA POLO SANTOS, JESUS MANUEL LEDRO GALLEG0

**INTRODUCCIÓN:** La extracción de una GSA es una de las técnicas básicas en nuestra profesión enfermera, la cual nos ayuda a saber cómo se encuentra la función respiratoria y el equilibrio ácido-base siendo muy importante para conocer los parámetros respiratorios así como renales de nuestros pacientes.

**OBJETIVOS:** Determinar los criterios de la realización de la técnica. Identificar el material adecuado para el procedimiento. Conocer las medidas de confort para el control del dolor y efectos adversos en la aplicación de la técnica.

**METODOLOGÍA:** La búsqueda bibliográfica se ha basado en una revisión de la bibliografía de la comunidad científica acerca de la correcta ejecución en la extracción de la GSA y el dolor. Se usaron las bases de datos Cochrane y Cuiden, con los descriptores autorizados en DECS: gasometría arterial, extracción de muestra de sangre, sangre, dolor y métodos, donde se encontraron la mayoría de los artículos que interesan para este trabajo. Se han obtenido un total de 40 artículos de los que hemos seleccionado 4 en relación a los objetivos expuestos.

**RESULTADOS:** Con la información recogida, vamos a llevar a cabo un póster en el que se recoja de forma clara el material necesario para llevar a cabo la extracción de una muestra de sangre arterial y la ejecución de la misma de la manera más confortable para el paciente.

**CONCLUSIÓN:** Se pone de manifiesto que se necesitan más estudios para especificar si el calibre empleado en la punción arterial influye en la percepción del dolor y miedo del paciente. Los anestésicos tópicos no reducen el dolor, pero la crianalgesia y los anestésicos locales no vasoconstrictivos son de utilidad en esta técnica.

**PALABRAS CLAVE:** GASOMETRÍA ARTERIAL, EXTRACCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE, SANGRE, DOLOR, MÉTODOS.

