



MANUAL DE FORMACIÓN PARA CUIDADOS NO CONTORNO FAMILIAR DE PERSOAS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS

XUNTA DE GALICIA

MANUAL DE FORMACIÓN PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON ENFERMIDADES CRÓNICAS

Secretaría Xeral de Política Social
Sociedades Galega de Médicos Xerais e de Familia

Xunta de Galicia
Consellería de Traballo e Benestar
2012

**MANUAL DE FORMACIÓN
PARA CUIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON
ENFERMIDADES CRÓNICAS**



Edita:

Xunta de Galicia

Consellería de Traballo e Benestar

Secretaría Xeral de Política Social

Coordinación da Edición:

Secretaría Xeral de Política Social

(Unidade de Coordinación da Dependencia)

Autoria:

Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia (SEMG-Galicia)

Deseño gráfico/maquetación:

K - Sol Carcur

Imprime:

Prelo SL

Depósito legal: LU 232-2010



Índice

12 ❖ **Presentación**

17 ❖ **1. Enfermedades cardiovasculares**

17	1.1 Datos Xeráis	46	1.7 A insuficiencia cardíaca
20	1.2 Factores de Risco	47	1.7.1 Que é?
22	1.2.1 Hipertensión arterial	48	1.7.2 Importancia
26	1.2.2 O colesterol e os triglicéridos	49	1.7.3 Síntomas
29	1.2.3 O tabaco	52	1.7.4 Autocoidados
31	1.3 Cardiopatía Isquémica	61	1.8 Accidentes cerebrovasculares: ICTUS
34	1.4 Signos e síntomas preocupantes nas enfermidades cardíacas	61	1.8.1 Qué é?
36	1.5 A fibrilación auricular	64	1.8.2 Importancia
37	1.6 A anticoagulación ou Sintrom	65	1.8.3 Causas
		71	1.8.4. Tipos de ICTUS
		73	1.8.5 Síntomas
		75	1.8.6 Pronóstico a longo prazo
		76	1.8.7 Rehabilitación
		81	1.8.8 Prevención

93 ❖ 2. Enfermidades do aparato respiratorio

- 93 2.1 Qué é a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC)?
- 105 2.2 Atención á asma bronquial
- 114 2.3 Os inhaladores
- 122 2.4 A osixenoterapia domiciliaria
- 132 2.5 Gripe, catarro, vacina antigripal
- 140 2.6 Síndrome de apnea do sono

155 ❖ 3. Cómo actuar ante situacións de urxencia

- 155 3.1 Hipoglucemia
- 158 3.2 Convulsións
- 160 3.3 Hemorraxias
- 163 3.4 Feridas
- 164 3.5 Amputacións
- 165 3.6 Queimaduras
- 169 3.7 Dor torácica



Presentación

A demanda de coidados para persoas con condicións de saúde que supoñen situacións de especial vulnerabilidade foise incrementando nos últimos anos. A previsión é que esta tendencia siga medrando durante as próximas décadas, por mor de factores como a alta porcentaxe de envellecemento, o incremento da esperanza de vida e as doenzas de natureza crónico-dexenerativa.

Nunha comunidade como a galega, a cronicidade asociada a enfermidades cardiovasculares, a accidentes cerebrovasculares e a outros problemas de saúde xera situacións de discapacidade progresiva e limita a autonomía persoal, o que repercute de maneira importante nas distintas esferas da vida de quen as sofre (persoal, familiar e social).

A magnitude destes problemas fai necesario multiplicar e diversificar as fontes de información que permitan coñecer mellor a enfermidade e, sobre todo, a forma máis adecuada de abordar os seus coidados.

Coa finalidade de facilitar e de lles prestar apoio nas súas tarefas ás coidadoras e coidadores, sexan familiares ou persoas do ámbito máis próximo, poñemos nas súas mans este novo manual, no que se transmiten coñecementos útiles (autocoidado, medidas hixénico-dietéticas, habilidades persoais e comunicativas, identificación

de factores de risco, prevención das situacións de dependencia etc.) que contribuirán a mellorar a calidade de vida e a autonomía persoal de quen padece problemas de saúde crónicos.

Trátase dunha iniciativa que forma parte do programa “Xuntos nos coidados”, que está a desenvolver a Consellería de Traballo e Benestar, a través da Secretaría Xeral de Política Social.

Seguimos así a liña de traballo trazada e comezada hai dous anos, co obxectivo de contribuír á mellora da calidade dos coidados e da prestación de servizos de promoción de autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia.

Estamos convencidos de que este camiño, sumando as experiencias de todos e de todas, é o que temos que seguir para incrementar o noso coñecemento e para mellorar o benestar de toda a cidadanía. Por iso, só me resta agradecerlle ao conxunto de persoas e profesionais que participaron e que participan neste programa a súa dedicación e as súas achegas.

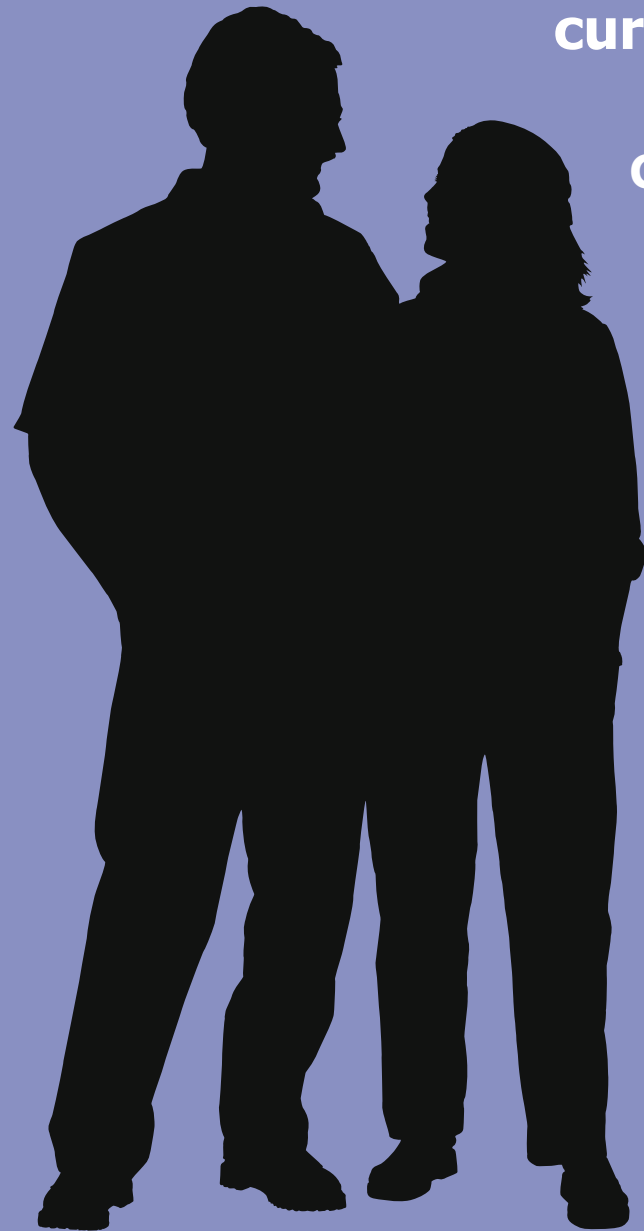


Beatriz Mato Otero
Conselleira de Traballo e Benestar



**“Non hai medicina que
cure o que non cura a
felicidade”.**

Gabriel García Márquez



1. Enfermedades cardiovasculares

1.1 Datos xerais



As enfermidades cardiovasculares son unha serie de procesos que afectan o corazón e calquera dos vasos do organismo, como as veas, as arterias e os capilares.

Actualmente, estas enfermidades son a principal causa de morte en todo o mundo civilizado. E os pronósticos indícanos que o seguirán sendo nos próximos 20 anos.

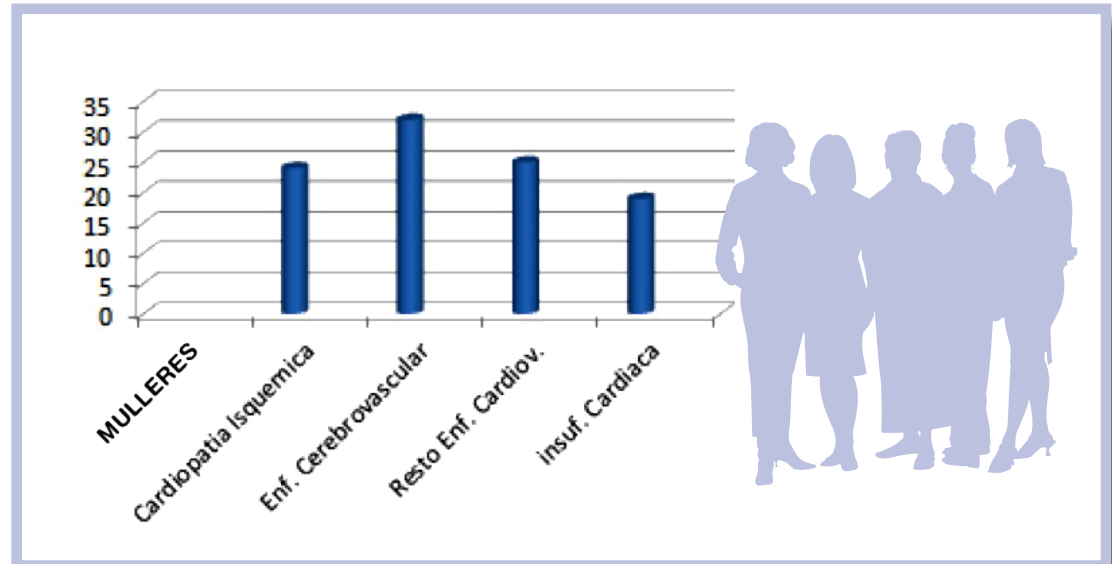
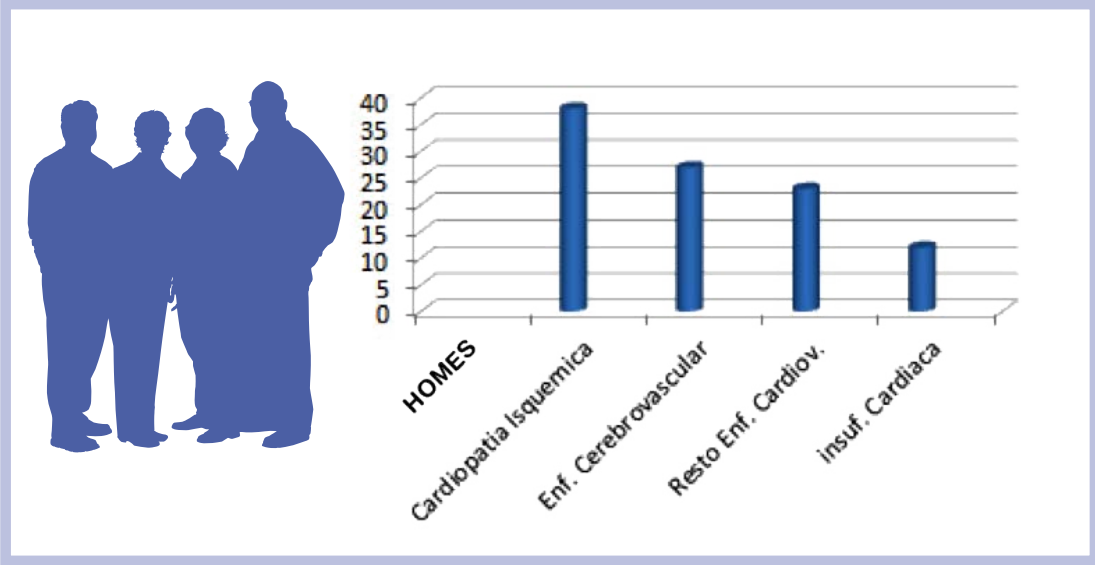
O proceso de deterioración do noso corazón e dos nosos vasos é, nun principio, lento, indoloro e progresivo, e faise máis patente co paso dos anos. Ata que, nun momento determinado de avance desta doenza, a deterioración dos vasos ocasiona os síntomas propios da chamada enfermidade arteriosclerótica, que pode afectar a

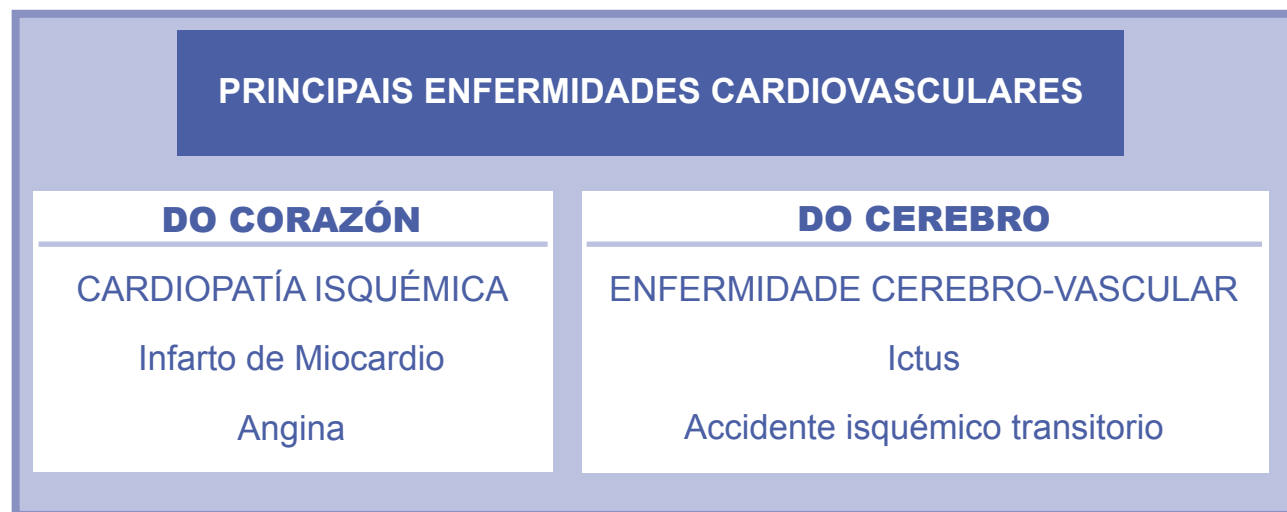
calquera parte do noso organismo.

Pero esta deterioración dos vasos sanguíneos ten especial importancia nas arterias do corazón (arterias coronarias) e nos vasos cerebrais. Prodúcese unha obstrución progresiva que vai dificultando o paso do sangue. Esa diminución do rego sanguíneo compromete a función dos órganos e ocasiona no corazón a chamada cardiopatía isquémica (ver máis adiante) e, no cerebro, os accidentes cerebro-vasculares.

No noso medio, a cardiopatía isquémica, a enfermidade do corazón, é máis frecuente nos homes e o accidente cerebro-vascular adoita producirse nas mulleres.

A boa noticia é que, hoxe en día, estes procesos poden previr-se nunha gran parte con medidas que coñecemos. A prevención é a arma máis importante para evitar a mortalidade precoz.





1.2 Factores de risco

Os factores de risco son aqueles aspectos que aumentan a probabilidade de padecer unha enfermidade. No caso da enfermidade cardiovascular (ECV), identifícanse dous tipos fundamentais de factores. Uns son non modificables, sobre os que non podemos actuar. Outros, pola contra, son modificables, e constitúen a nosa principal forma de prevención.

Para deter o avance destas enfermidades, é preciso corrixir os factores de risco cardiovascular (FRCV).



1.2.1 Hipertensión arterial

A hipertensión arterial (HTA) é o aumento dos niveis de tensión arterial (TA) sobre os considerados como normais. Actualmente, considérase normal unha TA se está por debaixo de 140/90.

A TA é a presión que exerce o sangue sobre a parede da nosa árbore vascular. Varía ao longo do día e nos distintos puntos que poida afectar, pero existen criterios polos que podemos medila e valorala adecuadamente.

A medición da TA consta de dous valores, medidos en mm de mercurio e dependen da contracción do corazón: a TA sistólica ou máxima (normal ata 140, como dicíamos) e a diastólica ou mínima (normal ata 90).



O VALOR DE REFERENCIA DE TA NORMAL NA POBOACIÓN XERAL É DE
TA < 140/90

Aínda que estes valores son os de referencia, nas persoas diabéticas ou con problemas renais as recomendacións de medida da TA adoitan establecerse en 130/80.

As causas de elevación da TA son descoñecidas en máis dun 95% dos casos, cun importante compoñente familiar e só se poden identificar nunha porcentaxe pequena dos casos.

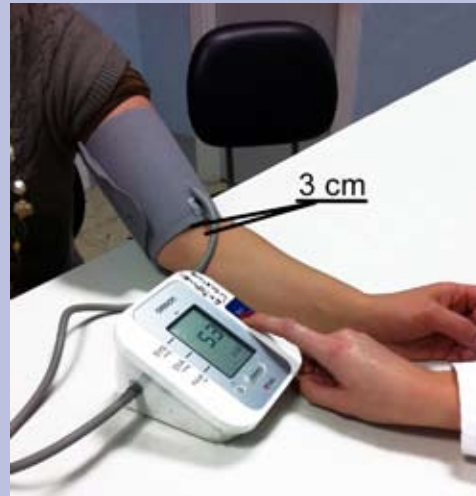
A hipertensión arterial ten unha importante presenza na poboación xeral e, segundo as idades, identifícase en case o 30% dos adultos e, a partir dos 65 anos, alcanza a máis do 50%.

A hipertensión arterial é o factor de risco cardiovascular máis importante para a cardiopatía isquémica, a enfermidade cerebro-vascular e algúns problemas renais. O seu control pode diminuír ata nun 50% o risco de ter unha enfermidade cardiovascular.

A hipertensión arterial é a causa máis frecuente de consulta na atención primaria de saúde, que chega a alcanzar o 5% do total das que se realizan.

MEDIDA DA TENSIÓN ARTERIAL

- Escoller un tensímetro automático, de brazo, homologado.
- Colocar o manguito sobre o brazo esquerdo, 3 cm. encima da flexura do cóbado.
- Estar relaxados, sentados, cunha temperatura adecuada no cuarto.
- Non falar nin moverse, nin ter as pernas cruzadas.
- Non facer a medición tras a comida, despois de facer exercicio ou cando se teña a vexiga chea.
- Ter o brazo descansado e apoiado durante a toma de TA.



- Anotar os valores obtidos e a data para que o seu médico poida interpretar os datos adecuadamente.
- Realizar varias tomas separadas uns 5 minutos si os resultados son pouco habituais.

**PARA PREVIIR AS ENFERMIDADES
CARDIOVASCULARES É NECESARIO
CONTROLAR OS FACTORES DE RISCO**

Que poden facer os coidadores

- Poden tomar e anotar os valores da tensión arterial
- Poden facer un seguimento das cifras
- Poden indicar a dieta aconsellable, sen sal
- Poden controlar o peso do paciente



Karen Barefoot

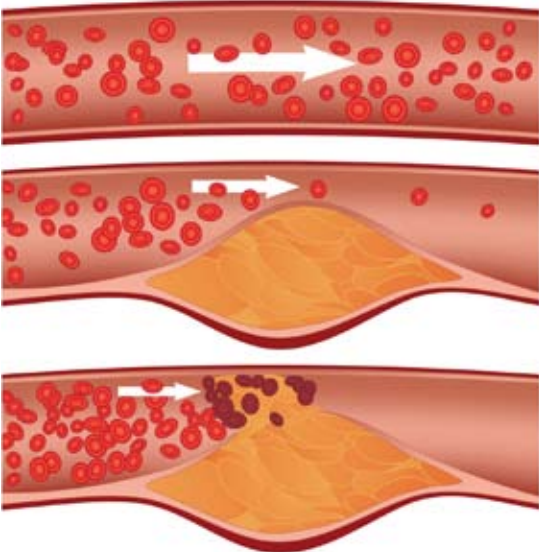
1.2.2 O colesterol e os triglicéridos

O colesterol é unha graxa indispensable para a vida que se atopa nas membranas das nosas células. O problema é que, aínda que necesitamos un certo nivel de colesterol, o seu exceso e acumulación prodúcenos un elevado risco cardiovascular.

O aumento dos niveis de colesterol favorece o depósito desta substancia nas arterias e, por conseguinte, que se vaian obstruíndo progresivamente, ata chegar a un punto no que o paso de sangue non é suficiente.

As nosas células necesitan o sangue para obter osíxeno e alimento. Se ese sangue non chega, as células morren.

A hipercolesterolemia ou o aumento excesivo do colesterol pódese producir pola inxesta de certos produtos que conteñen esta substancia, pero tamén pola propia produción do noso fígado.



Formación dun ateroma

Está claro que a causa do aumento do colesterol non sempre é atribuíble á nosa dieta. Os factores hereditarios que determinan a nosa produción hepática de colesterol son moitas veces o máis importante.

Para que o colesterol viaxe polo sangue necesita unhas partículas que o transporten. Estas partículas son de dous tipos e constitúen o que se denomina como “colesterol bo” e “colesterol malo”:

- As HDL-Colesterol son as partículas boas que recollen o colesterol da circulación e que o levan ao fígado.
- As LDL-Colesterol son as partículas malas que levan o colesterol desde o fígado á circulación e favorecen o seu depósito.

En xeral, os valores óptimos destes parámetros son os seguintes:

VALORES RECOMENDADOS DE LÍPIDOS	
COLESTEROL TOTAL.....	< 200
HDL-C.....	> 40/45
LDL-C.....	< 100
TRIGLICÉRIDOS.....	< 150

Que poden facer os coidadores

- Poden explicar que alimentos teñen máis graxas animais, para evitalos
- Poden controlar o peso do paciente
- Poden aconsellar o consumo de pescados e de alimentos con omega3 e omega6
- Poden aconsellar o consumo de froitas e vexetales



1.2.3 O tabaco

O tabaco é un factor de risco de primeira magnitude para as enfermidades cardiovasculares, pero tamén se relaciona con enfermidades do aparato respiratorio, como o cancro de pulmón e a bronquite crónica, o cancro de larinxe ou da vexiga urinaria ou o de páncreas, entre outros.

Algúns estudos evidencian que a metade dos fumadores morrerán como consecuencia dalgúna enfermidade relacionada co tabaco.

O infarto de miocardio, a anxina e os accidentes cerebro-vasculares son procesos que aumentan a súa incidencia de 2 a 4 veces por causa do tabaco.

O tabaco é, pois, un factor de risco cardiovascular evitable. Co tempo, deixar de fumar anula este



factor de risco. Pero a súa dependencia é forte, malia que en diversos estudos se evidencia que un 70% da poboación fumadora desexaría deixalo.

A potencia adictiva da nicotina, a súa principal substancia, é tan forte ou máis que a heroína ou a cocaína. A todo iso, únese a adición psicolóxica a fumar en determinados momentos, como ao tomar un café, ao ver televisión ou ao traballar.

Esperemos que as novas medidas adoptadas en canto ao tabaco se refire manteñan o ambiente máis limpo e eviten o importante problema dos fumadores pasivos.

***O TABACO É UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)
EVITABLE DE PRIMEIRA MAGNITUDE***

Estímase que arredor dun 70% de fumadores desexa deixar de fumar. Na actualidade, existen moitos métodos para facelo, aínda que se precisa en todos os casos a intención e a forza de vontade para conseguilo. Os tratamentos con fármacos poden axudarlle ao fumador a evitar os peores momentos deste proceso. Sen dúbida, en case todos os casos é beneficioso buscar axuda.

Unha vez que se abandona o uso do tabaco, o risco cardiovascular comeza a diminuír. Ao cabo dun ano, considérase que o risco cardiovascular se reduce un 50%. E aos 15 anos sen tabaco, o risco é similar ao dun non fumador.

1.3 Cardiopatía isquémica

A cardiopatía isquémica é a enfermidade do corazón producida pola falta de rego. A lesión nas arterias coronarias, que son as que levan o sangue ao músculo cardíaco, ocasiona falta de sangue ás células do corazón que acaban lesionándose ou morrendo.

Como dicíamos, a hipertensión arterial, o tabaco, o colesterol e a diabetes son as causas máis importantes que lesionan as arterias e as veas endurecendo e obstruíndo. Nestas arterias, vanse



Walter Groesel · www.groesel.at

depositando placas graxas de ateroma, que conteñen gran cantidade de colesterol e que diminúen o calibre da arteria, ata que impiden o paso necesario do sangue.

O proceso máis grave é a morte das células que quedan sen achega de sangue e que dá lugar ao infarto de miocardio. Á dor que iso produce é ao que lle chamamos anxina de peito ou, simplemente, anxina.

Existen diversos tipos de anxina. Os pacientes con tempo de evolución adoitan recoñecela sen dificultade. Pero, ás veces, é necesario realizar diversas probas para identificala.

A anxina clásica é unha dor intensa no lado esquerdo do peito, sobre o corazón, en relación co exercicio, co estrés ou co frío, que pode estenderse cara á mandíbula, cara ás costas ou cara aos brazos e que cede co descanso ou coa toma de nitroglicerina sublingual. Adoita ser impactante e impresiona de urxencia.

INFARTO DE MIOCARDIO = MORTE DAS CÉLULAS CARDÍACAS

ANXINA = DOR PROVOCADA POLA FALTA DE REGO



Que poden facer os coidadores

- Deben aplicar nitratos sublinguais (cafinitrina, vernies), sempre con indicación médica
- Deben chamar a un servizo de urxencias

1.4 Signos e síntomas preocupantes nas enfermidades cardíacas

Os pacientes con enfermidades crónicas pasan moitas veces por momentos difíciles. Non sempre é doado saber cando é necesario pedir axuda e valorar adecuadamente un síntoma ou un signo que aparece de novo. A experiencia xoga un papel importante nesta valoración e, ante calquera dúbida, sempre é mellor que consulte co seu médico.

ALGÚNS SIGNOS E SÍNTOMAS PREOCUPANTES

- A dispnea ou sensación de falta de aire.
- A anxina ou a dor no tórax de orixe cardíaca.
- O sangrado.
- A febre.
- As palpitacións e determinadas arritmias.

**COIDADORES:
SE ISTO OCORRE
DEBEN AVISAR
O MÉDICO**

- O edema en extremidades inferiores.
- A apreciación de malestar xeral ou de que se está cambiando.
- A falta de orientación, de nova aparición.
- A perda de equilibrio, de nova aparición.
- A dor de cabeza brusca e importante.
- A perda de apetito, de nova aparición.
- A anuria.
- Os cambios significativos nos valores de tensión arterial habituais.
- As alteracións tensionais severas.
- A aparición de escaras.

**COIDADORES:
SE ISTO OCORRE
DEBEN AVISAR
O MÉDICO**



Kurhan

1.5 A fibrilación auricular

A fibrilación auricular (FA) é o trastorno do ritmo cardíaco máis frecuente. Consiste na perda do ritmo normal, o corazón abandona a sincronía e late de forma irregular, sen ritmo estable. O número de latexos por minuto ten unha frecuencia variable.

As razóns polas que se pode producir son moitas, pois a súa orixe pode estar determinada pola presenza dalgunhas enfermidades, como a hipertensión arterial ou as alteracións da tiroide, a obesidade, diversas enfermidades cardíacas ou pode ter relación coa idade ou con determinantes xenéticos. Os abusos do alcohol ou de certas drogas tamén son causa desta arritmia, en especial na xente nova.

Habitualmente, o noso corazón late a unha frecuencia duns 75 latexos por minuto, aínda que se considera normal unha variación de entre 60 e 100 lpm. Varía ao longo do día segundo as circunstancias, a actividade, o sono, a calor, o estrés, a inxesta de estimulantes etc., pero mantén unha regularidade establecida.



Que deben facer os coidadores

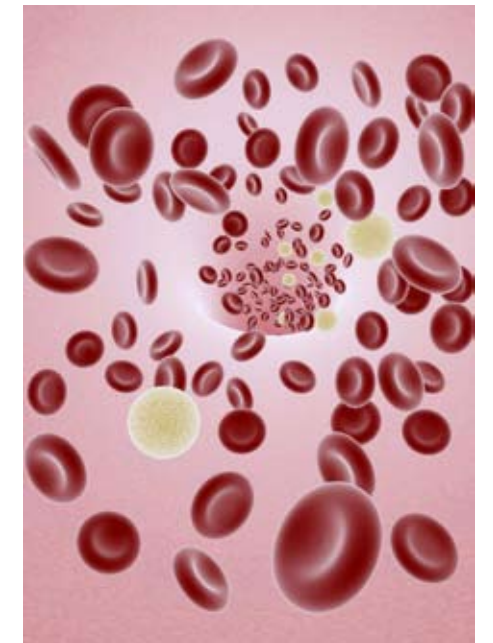
- Deben saber tomar o pulso da persoa en situación de dependencia e, se aparecen algúns dos signos descritos, deben chamar o médico.

1.6 A anticoagulación ou sintrom

Que é?

É un medicamento anticoagulante que se utiliza para o tratamento e a prevención de problemas tromboembólicos.

Os anticoagulantes son medicamentos que diminúen a capacidade da coagulación do sangue e que axudan a previr e a evitar a formación de coágulos. Poden impedir que os coágulos existentes se agranden e que causen problemas



Lab Science Career

serios, pero non disolven os coágulos xa formados. Os coágulos que van ao cerebro poden provocar diversos tipos de parálises, que é o que se pretende evitar coa anticoagulación.

Quen o utiliza?

Utilízanos os pacientes que teñen alteracións do ritmo cardíaco e/ou asociados a problemas de circulación vascular que favorecen a formación de trombos, tras o diagnóstico e o consello médico. Patoloxías como: fibrilación auricular, enfermidade das válvulas cardíacas severa, accidente cerebro-vascular de repetición, enfermidade vascular periférica (varices, isquemia...) en pacientes con factores de risco

como: hipertensión, diabetes, obesidade, fumadores. Sempre baixo consello e seguimento médico.

Como debe tomarse?

O tratamento está indicado para cada paciente de forma individual. Periodicamente, máis ou menos cada mes, deben



Billy W.

de facerse controis analíticos, tras os cales recibirá unha folia que lle indicará a dose exacta que debe tomar cada día.

Para conseguir o mellor resultado e previr as hemorraxias:

- Tomará a dose exacta á mesma hora. Se o esquece, tomará a dose canto antes, se é no mesmo día. Se un día o esquece, non tome dobre dose ao día seguinte.



- O tratamento anticoagulante debe ser sempre controlado coidadosamente e ha de estar axustado para cada persoa.

- O réxime alimenticio debe ser o máis constante posible.

- Non debe tomar ningún medicamento novo, nin suprimir ningún medicamento, sen antes consultar co seu médico.



Interferencias no seu tratamento · Sintrom e alimentos

Hai algúns alimentos que poden variar a acción do anticoagulante, sobre todo os alimentos ricos en vitamina K, como son:

- Verduras de folia verde, como a leituga, as coles, as espinacas, ou as nabizas.
- Alimentos flatulentos, como os garavanzos, as castañas ou o chocolate.
- Outros alimentos e bebidas gasosas, como o queixo, os espárragos, os tomates, a xema de ovo, a cervexa ou as bebidas alcohólicas.



Zsuzsanna Kilian

Estes alimentos non están prohibidos, pero o réxime alimenticio debe ser o máis constante que sexa posible.

Non é aconsellable aumentar de peso e aconséllase non facer cambios bruscos na dieta, aínda que os alimentos e os produtos ricos en vitamina K deben consumirse de forma moderada para evitar modificar a acción do medicamento.

O anticoagulado pode comer de todo, pero ha de evitar os excesos, e enténdese por exceso comer en grandes cantidades ou comer sempre o mesmo.

RECOMÉNDASE: UNHA DIETA VARIADA

Sintrom e outros medicamentos

Como norma xeral, non debe suprimir nin engadir ningún medicamento sen consultalo antes co seu médico.

- Deberá evitar tomar aspirina (ácido acetilsalicílico) e derivados.
- Non debe tomar os antiinflamatorios habituais.
- Debe evitar as inxeccións intramusculares.
- En caso de que presetne febre ou dor, pode tomar paracetamol.
- En todo caso, o seu médico indicarlle os cambios que sexan necesarios no seu tratamento.

CONSELLOS

Para conseguir o mellor resultado e previr as hemorraxias, é moi importante que teña en conta as seguintes recomendacións:

- En caso de intervención quirúrxica e de extracción dentaria, debe poñelo en coñecemento do cirurxián e do dentista con tempo de antelación para que poidan realizar os axustes correspondentes.
- Se presenta algunha complicación debida ao tratamento, como hemorraxias nasais, feces con sangue, sangue na urina, esputos con sangue ou hematomas espontáneos, debe acudir ao seu médico ou aos servizos de urxencia de referencia.
- En caso de diarrea, como primeira medida, debe facer un día dieta só con abundantes líquidos. Se ao día seguinte se atopa mellor, pode tomar alimentos brandos e ha evitar graxas, froitas e verduras. Se malia estas medidas continúa a diarrea, acuda ao seu médico.
- Evite as bebidas alcohólicas e o tabaco.

- Intente non tomar alimentos que produzan flatulencia (gases) porque aumentan a vitamina K. Procure tomar a mesma cantidade de verdura todos os días.
- Non suprima ningún medicamento, sobre todo tranquilizantes, antibióticos, nin o sintrom, sen poñerse en contacto co seu médico.
- Non debe tomar ningún medicamento novo sen consultalo.
- Tome a dose exacta indicada polo seu médico, á mesma hora. Non debe cambiar nunca a dose pola súa conta.
- O tratamento con anticoagulantes debe ser sempre controlado con análises de sangue, de forma periódica, e ha de axustarse a cada persoa.
- É recomendable levar algún tipo de identificación que indique que está a tratamento con sintrom e, ademais de entender as súas recomendacións, debe seguilas exactamente e saber que as modificacións no seu tratamento as pode realizar o seu médico de cabeceira.



Que aprendemos

- O proceso de deterioración do noso corazón e dos nosos vasos é, nun principio, lento, indoloro e progresivo.
- A prevención é a arma máis importante para evitar a mortalidade precoz.
- Os factores de risco son aqueles aspectos que aumentan a probabilidade de padecer unha enfermidade.
- Actualmente, considérase normal unha tensión arterial se está por debaixo de 140/90.
- A causa do aumento do colesterol non sempre é atribuíble á nosa dieta, os factores hereditarios son moitas veces o máis importante.
- O tabaco é un factor de risco de primeira magnitude.
- A cardiopatía isquémica é a enfermidade do corazón producida pola falta de rego.
- A dor provocada pola falta de rego chámase anxina.

- A experiencia xoga un papel importante na valoración de signos e síntomas preocupantes e, ante calquera dúbida, sempre é mellor a consulta co seu médico.
- Hai algúns alimentos que poden variar a acción do sintrom.
- Cando se toma sintrom, o réxime alimenticio debe ser o máis constante posible.

Preguntas para a reflexión

- As causas de elevación da tensión arterial son descoñecidas?
- Podemos facer algo sobre os factores de risco?
- O tabaco só é un factor de risco para o corazón?
- Que debemos facer ante un síntoma preocupante?
- O tratamento con sintrom hai que tomalo á mesma hora?

1.7 Insuficiencia cardíaca

Obxectivos específicos



- Saber que é a insuficiencia cardíaca (IC)
- Aprender autocoidados necesarios
- Identificar os signos de descompensación da IC

1.7.1 Que é a insuficiencia cardíaca?



A insuficiencia cardíaca (IC) sucede cando o corazón non pode realizar con normalidade a súa función de bombear o sangue ao resto do corpo.

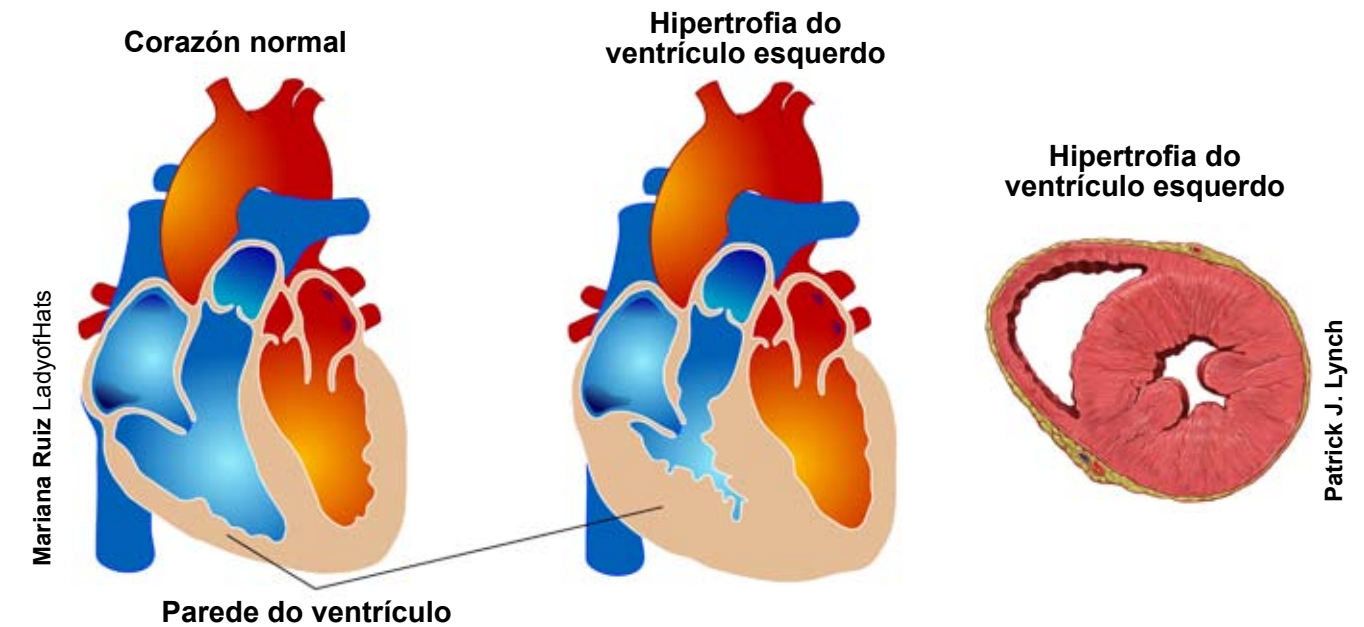
Para bombear o sangue, o corazón utiliza dous áreas musculares denominadas ventrículo dereito e ventrículo esquerdo. Cando se enchen de sangue, contráense de forma coordinada e impulsan o sangue polas arterias, o que permite que esta circule de xeito continuo polo corpo.

1.7.2 Importancia da insuficiencia cardíaca

O 10% da poboación maior de 70 anos padece insuficiencia cardíaca. O envellecemento progresivo da poboación, a maior supervivencia dos pacientes tras un infarto de miocardio e o aumento dos factores de risco cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes) a larga vai producir un aumento progresivo do número de persoas que teñen IC.



Jorc Navarro



1.7.3 Síntomas

Como xa vimos, na insuficiencia cardíaca o corazón non pode bombear sangue en cantidades adecuadas para asegurar o normal funcionamento dos órganos do noso corpo.

Isto produce unha deterioración progresiva da función dalgúns órganos, en ocasións vitais. Os pulmóns, os riles, o fígado, a medula ósea e os músculos, entre outros, poden verse comprometidos ao non poder cumprir o corazón coa súa misión como bomba impulsora do sangue.

ALGÚNS SÍNTOMAS PREOCUPANTES

- Sensación de malestar xeral.
- Fatiga, debilidade e cansazo por esforzos que antes non o causaban.
- Os músculos tamén reciben unha menor cantidade de sangue, polo que os pacientes adoitan presentar debilidade muscular, que se denomina *astenia*.
- Dificultade respiratoria coa actividade, tose seca e persistente por estancamento dos líquidos nos pulmóns. Ao estar deitado, preséntase unha sensación de afogo que obriga a levantarse e a durmir sentado.

O sangue que non se pode expulsar adecuadamente do ventrículo esquerdo acumúlase nos pulmóns, o que dificulta a captación do osíxeno do aire e a eliminación do dióxido de carbono (produto de refugallo da actividade das nosas células). Isto ocasiona no paciente unha sensación subxectiva de dificultade para respirar, que se coñece como **dispnea**.
- Retención de líquidos nos nocellos, nas pernas e no abdome (edemas) con inchazón. Diminución da produción de urina. O ril depura unha

menor cantidade de sangue e aos poucos vaise deteriorando o seu funcionamento.

- Sensación de mareo, confusión, mente en branco ou diminución do nivel de conciencia pola redución do fluxo sanguíneo ao cerebro.
- Acumulación de sangue nas veas do corpo debido á diminución da contracción do ventrículo dereito. Así, o fígado (que é como unha esponxa) aumenta de tamaño ao estar cheo de sangue, o que en ocasións provoca unha alteración do seu normal funcionamento.

Hai que ter en conta que o fígado é un órgano vital, ao producirse nel a eliminación de moitos produtos tóxicos para o noso corpo (a súa acumulación pode dar lugar a alteracións do nivel de conciencia), ao procesar todos os nutrientes que recibimos da dieta e ao participar en procesos moi importantes, como é a coagulación sanguínea.
- Inapetencia, sensación de indigestión, náuseas e vómitos.
- Ritmos cardíacos anormais (arritmias): pulso irregular ou rápido.
- Palpitacións: sensación de percibir os latexos cardíacos.

1.7.4 Autocoidados

O tratamento da insuficiencia cardíaca implicará cambios na vida cotiá da persoa; algúns deles poden parecer drásticos e difíciles.

Velaquí algúns exemplos de cousas que a diario pode facer para axudar o seu ser querido:

- Pesarse diariamente pola mañá antes de comer ou de beber nada, espido ou con pouca roupa e sempre na mesma báscula. Anote diariamente o seu peso e consulte co seu médico se aumenta 1 quilo nun día ou 3 quilos nunha semana. É un signo de retención de líquidos.
- Controle os factores de risco (dieta, tabaco, alcohol, tensión arterial) que poidan danar máis o seu corazón.



Realice unha dieta sa:

- Evite o consumo de sal, xa que axuda a reter líquidos.
- Aumente o consumo de peixe, verduras, froita e legumes.
- Reduza o consumo de graxas, xa que se acumulan nas paredes das súas arterias.
- As bebidas alcohólicas debilitan o músculo cardíaco.
- Se sofre de retención de líquidos, é posible que deba reducir a 1 ou 2 litros diarios a inxestión de líquidos. Consúlteo co seu médico.



Descansar e facer exercicio de xeito regular:

- A cantidade de exercicio físico que ha realizar dependerá do grao da insuficiencia cardíaca. Fale co médico para que este o aconselle acerca do tipo e da cantidade de exercicio que pode facer.

- Empezar con camiñadas de 5-10 minutos 1-2 veces ao día. Ir aumentando de xeito progresivo ata andar 30-40 minutos 5-7 veces á semana.

- Tamén pode andar en bicicleta ou nadar en augas non frías.

- Evite o exercicio que cause dor, fatiga, mareo ou molestia. Non realice exercicio cando vaia moitísima calor, frío ou humidade ou xusto ao acabar de comer.



Tome a súa medicación á hora sinalada e nunca a abandone sen consultalo previamente co médico:

- Escriba a hora e a cantidade que debe tomar de cada unha delas. Faga un horario. Leve unha lista na súa carteira.

- Debe aprender para que serve cada medicamento e a súa aparencia.

- Asegúrese de ter sempre suficiente medicamento. Non deixe que se lle acabe.

- Se esquece tomar unha dose, non a dobre na seguinte toma.



CONSELLOS PARA DIMINUÍR A INXESTA DE SAL E DE SODIO

- Busque alimentos con etiquetas de baixo “en sodio”, “libre de sodio”, “sen sal adicional” ou “libre de sal”. Verifique o contido total de sodio nas etiquetas dos alimentos e sexa especialmente coidadoso cos alimentos enlatados, empaquetados, conxelados ou precociñados. Un nutricionista pódelle ensinar a entender a información que vén nestas etiquetas.
- Non cociñe con sal nin lles engada sal aos alimentos que está inxerindo. No seu lugar, probe a aderezalos con pementa, allo, limón ou outros condimentos para lles dar sabor. Teña coidado coas mesturas ou coas combinacións de condimentos envasados, xa que usualmente conteñen sal ou derivados do sal, como o glutamato monosódico (GMS).
- Evite alimentos cun alto contido natural en sodio, como as anchoas, as carnes (particularmente as curadas, touciño, salchichas, chourizos e embutidos), noces, olivas, salsas de soia, tomate e queixo.

- Teña coidado cando coma fóra da casa. Consuma alimentos preparados á prancha, ao vapor, á grella, ao forno, cocidos e asados sen sal, nin salsa nin queixo.
- Nas ensaladas utilice aceite de oliva, vinagre ou limón en lugar de aderezos embotellados.
- Coma froita fresca e sorbetes á hora da sobremesa.



Roger Kirby

SIGNOS DE ALARMA

- Aumento repentino de peso : 1 quilo nun día ou 3 quilos ou máis nunha semana.
- Dificultade respiratoria non relacionada co esforzo ou coa actividade.
- Aumento da inchazón das pernas ou dos nocellos.
- Inchazón ou dor no abdome.
- Problemas para durmir ou para espertar debido á dificultade respiratoria.
- Tose seca.
- Séntese cada vez máis canso ou séntese canso todo o tempo.



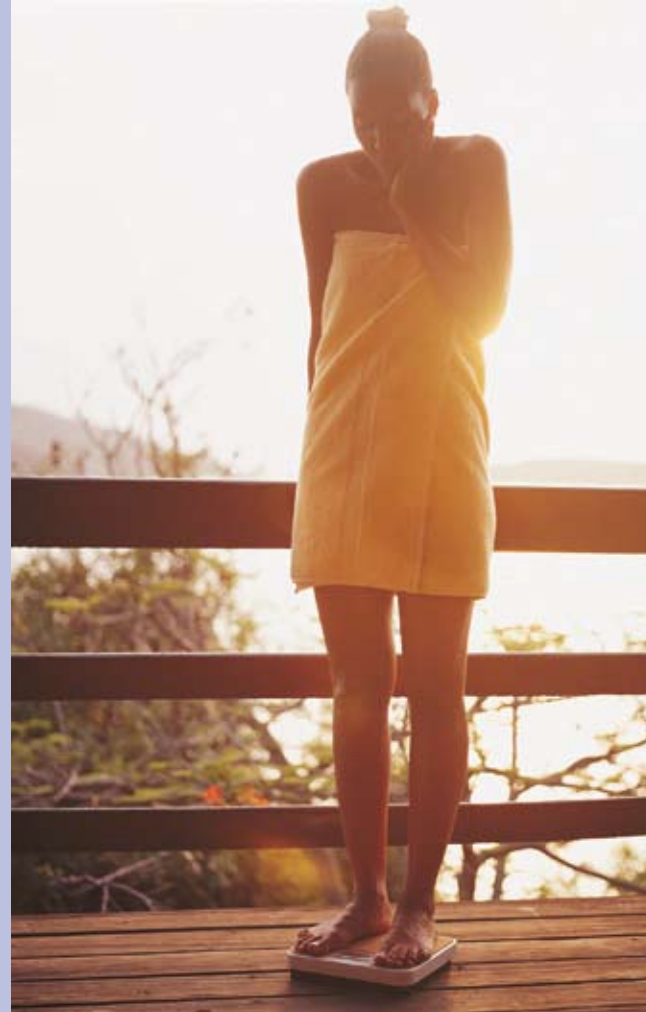
Que aprendemos

- Qué é a insuficiencia cardíaca e por qué se produce.
- Os síntomas de empeoramento da insuficiencia cardíaca.
- A importancia dos autocoidados: a dieta, o exercicio regular e eliminar os factores de risco.
- Hai algúns alimentos que poden variar a acción do sintrom.
- Cando se toma sintrom, o réxime alimenticio debe ser o máis constante posible.



Preguntas para a reflexión

- Cada cando debe pesarse unha persoa que padece insuficiencia cardíaca?
- Por que é importante controlar a hipertensión e a diabetes?
- Que nos pode indicar unha tose seca nocturna que fai que o paciente teña que durmir sentado?



1.8 Accidentes cerebrovasculares: ICTUS

Obxectivos específicos

- Saber que é un ictus
- Identificar os signos de alarma dun ictus
- Medidas para recuperar os pacientes con ictus: importancia do coidador

1.8.1 Que é un ictus?

Tamén coñecido como accidente cerebrovascular (ACV), trombose, infarto, embolia, hemorraxia ou ataque cerebral e, antigamente, apoplexía (termo que deriva do grego plesso e que significa 'golpear'). Nos últimos anos, estase insistindo na

importancia de que todos usemos a palabra ictus para evitar confusións.

É unha morte repentina das células do cerebro debido a que se interrompe o rego sanguíneo nunha parte do cerebro ou a que se produce un derrame de sangue no cerebro ou ao redor del. Isto causa unha falta de abastecemento de osíxeno ao cerebro.

O cerebro é unha gran masa de tecido brando composto de miles de millóns de células nerviosas. É o principal centro de control do organismo e permítenos ver, oír, saborear, cheirar, falar e camiñar. Tamén é o centro de control dos pensamentos, das



emocións, da memoria, do xuízo e da conciencia.

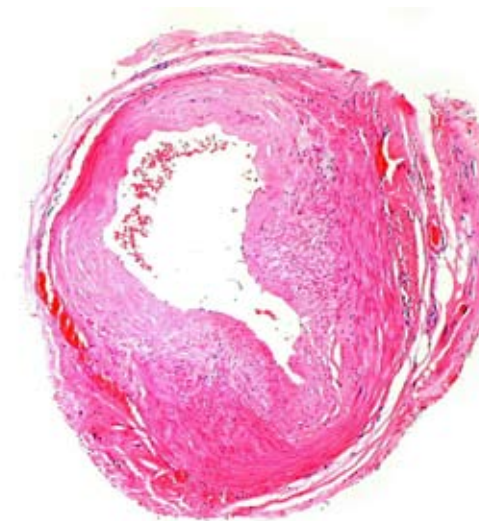
As células nerviosas do cerebro necesitan un abastecemento constante de osíxeno e azucre (glicosa), que son transportados polo sangue. Cando o sangue non pode chegar a certas partes do cerebro, interrómpe-se o abastecemento de osíxeno a esas zonas. Isto denomínase isquemia. Sen osíxeno, morren as células cerebrais. Canto máis tempo estea o cerebro privado de sangue, máis grave será o dano cerebral. /



1.8.2 Importancia dos ictus

- Cada ano, 125.000 españois vense afectados por un ictus.
- Cada 6 minutos, prodúcese un ictus en España e cada 15 ten lugar unha morte por esta patoloxía.
- É a segunda causa de morte na poboación española (32.887 casos) e a primeira na muller.
- Un 9,3 por cento dos casos afecta a menores de 55 anos e o 75% a maiores de 65.
- É a segunda causa de demencia e a máis habitual de discapacidade neurolóxica na persoa adulta.
- Consome un 3-4% do gasto sanitario.
- No ano 2025, haberá máis de 1,2 millóns de españois superviventes dun ictus. 500.000 estarán en situación de discapacidade e/ou dependencia funcional.

1.8.3 Causas dos ictus



Ao redor do 88% dos ictus son ocasionados por un coágulo sanguíneo ou pola obstrución dunha arteria que leva sangue ao cerebro. Este tipo de ataque cerebral denomínase ictus isquémico. Existen dous tipos de ictus isquémicos: trombose cerebral e embolia cerebral.

O 12% restante é ocasionado por vasos sanguíneos rotos ou danados que derraman sangue no cerebro ou ao redor del. Este tipo de ataque cerebral denomínase ictus hemorráxico. Existen dous tipos: cerebral e subaracnoideo. Os ictus hemorráxicos producen máis mortes que os isquémicos, pero os pacientes que sobreviven a un ictus hemorráxico recupéranse mellor e sofren menos discapacidades de longa duración.

Ictus de orixe isquémica (obstrución)

O ictus isquémico constitúe a forma máis frecuente. A isquemia é á falta de chegada de osíxeno nos tecidos vitais e prodúcese pola formación de coágulos, que normalmente son de dous tipos:

Trombose cerebral: os trombos son coágulos sanguíneos que se forman no interior dalgunhas das arterias do cerebro.

Embolia: os émbolos son coágulos que son arrastrados polo sangue dende outras localizacións, xeralmente no corazón ou nas grandes arterias do pescozo.

1. Arteriosclerose e trombose.

Unha trombose cerebral prodúcese cando un coágulo de sangue obstrúe unha arteria do cerebro. O coágulo de sangue fórmase como consecuencia da arteriosclerose ou do endurecemento das arterias que aparece coa idade.

A arteriosclerose é moi frecuente e é a causa de máis da metade dos accidentes cerebrovasculares. A arteriosclerose prodúcese pola acumulación de tecido graxo e doutras substancias nas paredes internas das arterias. Este depósito de substancias estreitan o paso do sangue e, ademais, fan as arterias máis ríxidas e menos elásticas.

En ocasións, a rotura dunha placa pode producir pequenas lesións e coágulos que se desprenden e van circulando, producindo embolismos de tecido circulante. Cando a arteria se estreita, queda encaixado o coágulo, o que produce unha pechadura total do paso sanguíneo e a perda do rego sanguíneo da zona comprometida. Cando esta zona está situada na área cerebral, prodúcese o accidente cerebro vascular.

2. Embolias e fibrilación auricular.

Unha embolia prodúcese pola emigración dun coágulo sanguíneo, que circula polos vasos sanguíneos ata quedar atascado nunha arteria.

■ Nun 15% de todos os casos, as embolias fórmanse como consecuencia dunha

alteración do ritmo cardíaco denominada fibrilación auricular, un latexo irregular rápido nas aurículas do corazón. A consecuencia do bombeo irregular, parte do sangue pode acumularse na aurícula, o que provoca a formación de coágulos que poden posteriormente soltarse e chegar ao cerebro como émbolos.

■ Os émbolos tamén poden orixinarse por coágulos de sangue localizados sobre válvulas cardíacas artificiais, tras un infarto de miocardio, como resultado da alteración dunha válvula do corazón ou debido a unha insuficiencia cardíaca. Por iso, aos pacientes que sofren estas enfermidades trátaselles con medicamentos anticoagulantes (Sintrom®) que evitan que o sangue se coagule e que se formen

Ictus hemorráxico

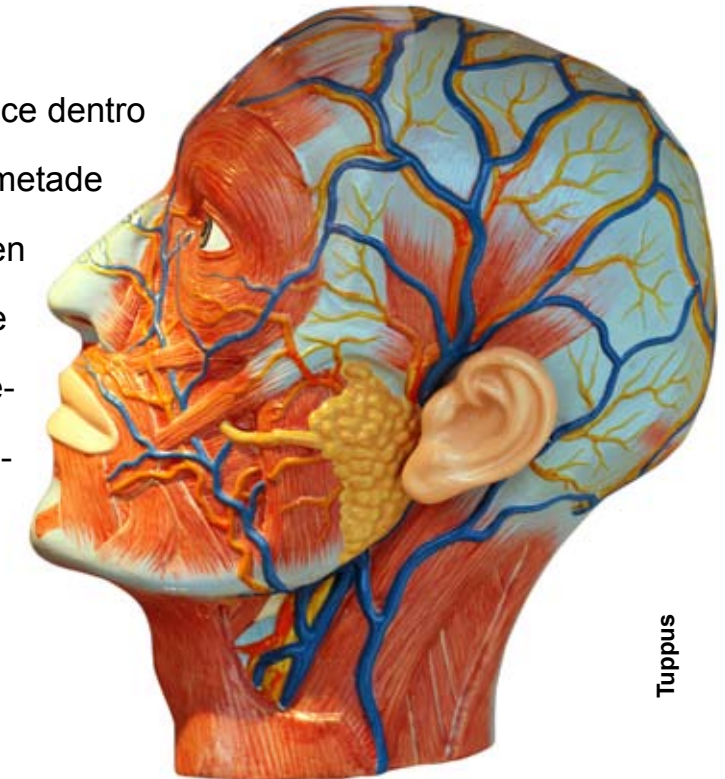
Hemorraxia. Prodúcese por un sangrado repentino (hemorraxia). As embolias hemorráxicas poden clasificarse segundo como e cando ocorran:

1. Hemorraxia intracerebral.

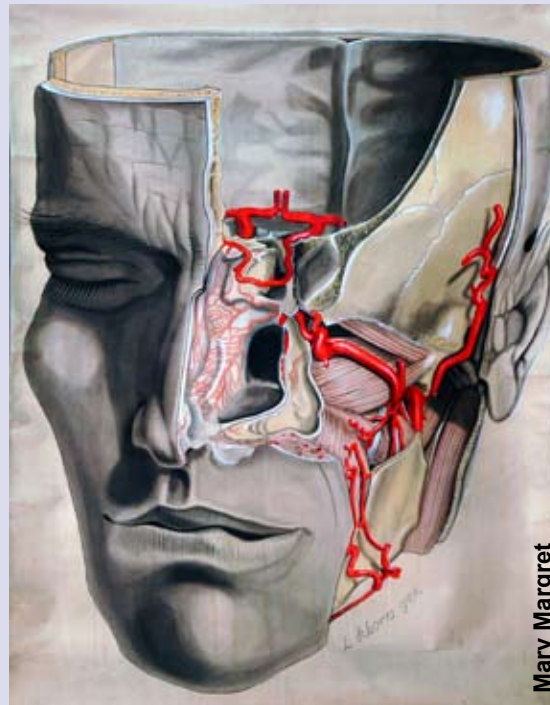
É unha hemorraxia que se produce dentro do cerebro. Representa máis da metade dos ACV hemorráxicos. Ocorre en pacientes hipertensos, e prodúcese por unha presión excesiva nas paredes arteriais xa danadas pola arteriosclerose.

2. Hemorraxia subaracnoidea.

Prodúcese nos tecidos que rodean o cerebro. Adoitan estar causadas pola ruptura dun aneurisma (unha parede dun vaso sanguíneo debilitada) que a miúdo é un trastorno presente dende o nacemento. O sangue liberado vai ocupando o espazo onde se atopa o cerebro e acábao comprimindo.



Imaxinemos o sistema circulatorio coas súas arterias e veas como un sistema de antigas tubaxes de chumbo ou ferro de distinto diámetro, que van de maior a menor calibre, dende o corazón (maior calibre) ao cerebro (menor calibre). Dentro destas tubaxes, prodúcese óxido que vai acumulándose, o que dificulta o paso da auga (arteriosclerose). “Grumos” de óxido pódense desprender e comezar a circular polo sistema. Ao principio, non pasará nada, xa que o calibre da tubaxe é suficiente para que non se atranque. Ao chegar ao final do sistema, onde as tubaxes son máis estreitas, acabará atascando o circuíto e obstruíndo o paso da auga (embolia ou trombo). As tubaxes tamén poden acabar desgastándose de dentro a fóra debido á presión da auga (hipertensión). A auga vainas limando e facendo que o grosor da parede do tubo diminúa, o que provoca a rotura e unha fuga de auga (hemorragia).



Mary Margret

1.8.4 Tipos de ictus

Ictus isquémico, infarto ou trombose cerebral

Obstrución ou redución do fluxo sanguíneo nunha arteria que leva sangue ao cerebro.

Ictus hemorráxico

Pode deberse á ruptura dunha arteria no cerebro, o que provoca unha hemorraxia intracerebral (15% dos ictus), ou a unha ruptura dun aneurisma, o que provoca unha hemorraxia subaracnoidea (5% dos ictus).

Ataques isquémicos transitorios (AIT)

Tamén coñecidos polas súas siglas en inglés (TIA). Son “mini-ictus” causados por émbolos diminutos que se adhiren a unha arteria e que rapidamente se fragmentan e disolven. Poden comezar subitamente e xeralmente duran só uns minutos. De cando en cando, prolónganse máis dunha ou dúas horas. As alteracións mentais e

físicas producidas adoitan desaparecer en menos dun día; de feito, case todos os síntomas desaparecen en menos dunha hora. Non hai dano residual ningún. Como só afectan a unha zona reducida do cerebro, é posible que a persoa teña só unha leve idea de que existe un problema.

Con todo, os ataques isquémicos transitorios son sinais de aviso de ictus isquémicos, do mesmo xeito que unha anxina constitúe un indicio dun posible infarto de miocardio.

Aproximadamente, o 5% das persoas que experimentan ataques isquémicos transitorios sofren unha embolia en cuestión dun mes e, se non reciben tratamento, unha terceira parte padecerán un ictus no transcurso dos cinco anos seguintes.

Infarto lacunar

Nin máis nin menos que o 31% das persoas maiores de 65 anos padecen infartos cerebrais menores que non producen síntomas clínicos perceptibles. Con todo, contribúen en gran medida á deterioración das facultades mentais dos maiores: torpeza de movementos, debilidade e variabilidade emocional. Os fumadores e os hipertensos constitúen dous grupos de risco considerable.

1.8.5 Síntomas

Os síntomas do ictus poden ser leves ou graves, transitorios ou permanentes. Algúns pacientes restablécense completamente en cuestión de días, mentres que outros nunca se restablecen. A gravidade dun accidente cerebrovascular depende de:

- a rexión do cerebro que sexa afectada
- a extensión do dano nas células cerebrais
- a rapidez coa que o organismo logra restablecer o fluxo sanguíneo ás partes lesionadas do cerebro
- a rapidez coa que as zonas intactas do cerebro logran compensar, suplir ou asumir as funcións que antes realizaba a zona lesionada.



Os síntomas máis comúns son:

- Debilidade ou entumecemento repentinos no rostro (caída da comisura da boca), no brazo e na perna ou nunha metade do corpo.
- Cegueira ou deterioración visual repentinas, especialmente cando se produce nun só ollo.
- Perda da capacidade do fala, fala inintelixible ou dificultade para entender o que lle din.
- Un cambio recente na personalidade ou na capacidade mental.
- Dificultade para tragar.
- Mareos, falta de coordinación ou perda do equilibrio ao camiñar ou trastornos da audición de orixe descoñecida, especialmente se a persoa presenta os anteriores síntomas de advertencia.



Laura Bittner

1.8.6 Prognóstico a longo prazo

Máis da metade das vítimas dun accidente cerebrovascular **sobreviven máis de cinco anos**. Con todo, os superviventes de embolias hemorráxicas presentan unha probabilidade maior de recuperación funcional cá dos superviventes de embolias isquémicas. O 90% dos pacientes que logran sobrevivir a un ictus experimentan diferentes graos de mellora tras a rehabilitación. Un estudo sostíña que aqueles que lograban sobrevivir durante moitos anos tras un ictus presentaban unha capacidade de valerse por si mesmos e de vivir sen dependencia de xeito semellante aos da súa idade que non padeceran ningún ictus.



1.8.7 Rehabilitación

O 90% dos superviventes dun ictus experimentan diferentes niveis de mellora tras a rehabilitación. Un estudo demostrou que a posibilidade de volver para a casa destes pacientes era tres veces maior cando acudían a unidades de rehabilitación. Con todo, non todos os pacientes necesitan ou se benefician da rehabilitación rutineira:

- Se é grave, un exercicio físico excesivo non lle será de axuda.
- Se é leve, os pacientes melloran por si mesmos.



Certos factores poden axudar a predicir quen son bos candidatos para a rehabilitación:

- O paciente debe ser capaz de estar sentado durante polo menos unha hora.
- Os pacientes deben ser capaces de aprender e estar conscientes.
- A rixidez muscular pode ser un bo signo, xa que indica unha acción nerviosa activa.
- Os pacientes que poden mover os ombreiros ou os dedos durante as tres primeiras semanas logo de sufrir un ictus teñen máis posibilidades de recuperar o movemento das mans que aqueles que non presentan mobilidade ningunha.
- Os familiares ou amigos próximos deberían participar no proceso de rehabilitación.
- A incapacidade de tragar asóciase cun índice de mortalidade elevado, posiblemente debido a un aumento de risco de infección e malnutrición.
- Incontinencia.
- Incapacidade logo dun ictus de recoñecer sons non verbais.
- A escasa capacidade para apertar a man despois de que transcorran tres semanas indica problemas graves.



Factores que non descartan a rehabilitación

- Aproximadamente o 30% dos pacientes sofren problemas na fala tras un ictus, o cal é desalentador. Esta incapacidade non altera necesariamente a capacidade de pensar.
- Aínda que a confusión é común entre as persoas que sufriron un ictus, é moi posible que poidan recuperarse parcial ou ata completamente.

Consideracións sobre a rehabilitación

A fisioterapia debería iniciarse tan pronto como o paciente estea estable e, se fose posible, dous días despois do ictus. Algúns pacientes experimentan unha mellora máis rápida nos primeiros días, e moitos deles seguen mellorando nos seguintes seis meses ou máis. Como o ictus afecta a diferentes partes do cerebro, as diferentes opcións específicas de rehabilitación varían en gran medida en función de cada paciente.

IMPORTANCIA DO ESTADO EMOCIONAL

Estado emocional dos pacientes.

A depresión é moi frecuente tras un ictus, tanto como resultado directo coma indirecto. Os ictus que afectan o hemisferio dereito do cerebro aumentan especialmente o risco de depresión debido aos grandes cambios na súa autonomía e calidade de vida.

- A **labilidade emocional neurolóxica ou choro postictus**, é un trastorno neurolóxico e non psicolóxico.
- Se a depresión é prolongada, pode alterar a recuperación. As persoas que sufriron ictus e depresión tiñan tres veces máis posibilidades de morte nun prazo de dez anos ca aqueles con ictus que non estaban deprimidos.
- Os antidepresivos son beneficiosos para aliviar a tristeza postictus e para mellorar a recuperación en xeral.
- O trastorno de ansiedade é tamén común e incapacitante. Os dous trastornos adoitan solaparse.

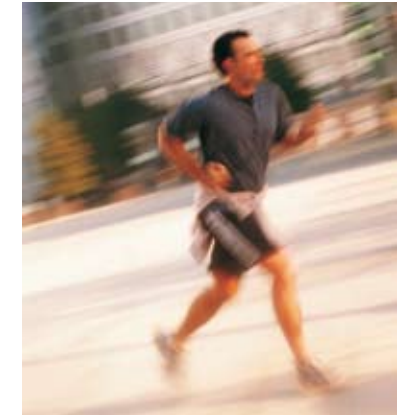
Estado emocional do coidador.

O estado emocional do coidador é fundamental. Os pacientes empeoran cando os seus coidadores se senten deprimidos e cando a vida familiar se altera. Nun estudo realizado, máis da metade dos coidadores sentíanse deprimidos, especialmente se as vítimas de ictus presentaban demencia ou un comportamento anormal.



1.8.8 Prevención do ictus

- Inclúa exercicio físico nas súas actividades diarias.
- Limite o seu consumo de sal e graxas.
- Non fume.
- Se bebe alcohol, fágao con moderación.
- Controle a súa presión arterial. Revísea polo menos unha vez por ano. Se é elevada, siga os consellos do médico para mantela baixo control.



- Controle os seus niveis sanguíneos de colesterol.
- Si sofre de diabetes, siga fielmente os consellos do médico para controlala.

Que aprendemos

- Qué Que é un ictus e porque se produce.
- Os síntomas de alarma.
- A importancia do estilo de vida para prever os ictus.

SIGNOS DE ALARMA

- Perda súbita de visión.
- Alteración repentina da fala.
- Dor de cabeza de inicio súbito.
- Vertixe intensa, inestabilidade, desequilibrio ou caídas bruscas inexplicables que acompañan aos síntomas anteriores.



Preguntas para a reflexión

- Podemos prever a aparición do ictus?
- Porqué é importante controlar a hipertensión e a diabetes?
- É importante o estado emocional do coidador do paciente con ictus?



**"A risa é o sol que escorrenta o inverno do
rostro humano".**

Víctor Hugo



2. ENFERMIDADES DO APARATO

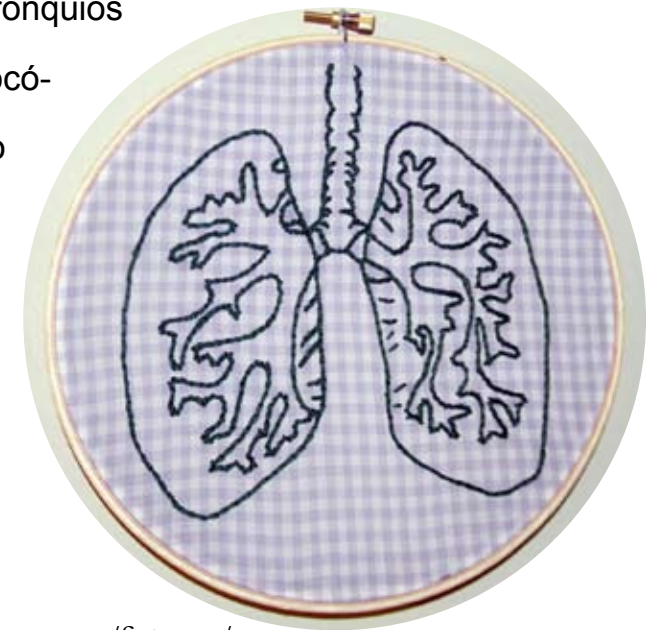
RESPIRATORIO^{1,2}

2.1 Que é a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica?

É unha enfermidade que se caracteriza pola obstrución crónica, progresiva e pouco reversible ao paso do aire nos bronquios e nos pulmóns. É dicir, aos bronquios ocórrelles como a un tubo que estreita o paso do aire.

É unha doenza frecuente (afecta o 9% da poboación entre 40 e 70 anos).

Só están diagnosticados o 22% dos casos.



¹ Guías clínicas de neumoloxía. <http://www.fisterra.com/fisterrae/>

² Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. J. G. Soto Campos. 2.^a edición. Ed. Ergon. 2010. Madrid

2.1.1 A que se debe?

A principal causa é o tabaco. O 25% dos fumadores acaba padecendo Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC).

O pulmón normal é comparable a un globo que se infla porque é extensible e que se desincha porque é elástico. O pulmón do paciente con Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) perde a elasticidade, de modo que o aire ten dificultade para entrar e tamén para saír.

Hai dúas formas principais de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC): a bronquite crónica (os bronquios inflámanse e énchense, o que dificulta a circulación do aire) e o enfisema (os alvéolos –millóns de pequenas bolsas que forman os pulmóns– endurecéanse e perden a elasticidade necesaria para encherse e baleirarse).



2.1.2 Como se manifesta?

A tose crónica é o síntoma principal e tamén a expectoración, a dificultade para respirar (dispnea) e os ruídos respiratorios. Co paso do tempo, a rixidez do tecido pulmonar fai que o corazón teña que facer moito esforzo para bombear o sangue a través dos pulmóns e acábese producindo fallo cardíaco.

2.1.3 Como se diagnostica?



O médico explorará o paciente. É posible que pida probas complementarias, como unha radiografía de tórax, unha espirometría ou unha analítica.

A espirometría consiste en soprar nun aparello que mide a capacidade e a función pulmonar.

2.1.4 Como se trata?

A mellor intervención para tratar a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica é deixar o tabaco e evitar a exposición a este.

Tamén, na medida do posible, se debe facer exercicio físico.

É probable que o médico tamén prescriba outros tratamentos, como os inhaladores, as pastillas ou a osixenoterapia domiciliaria.

A maioría das veces é o médico de cabeceira, xunto co persoal de enfermaría, quen debe diagnosticar e tratar a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC); só en certos casos o médico considerará conveniente consultar co neumólogo.

Hai que destacar a importancia de poñer anualmente a vacina antigripal. Está tamén indicado poñer a vacina da pneumonía (antipneumocócica).



Que pode facer o coidador?

- Estimular o paciente para que teña actividade física, se é posible. Tamén para que abandone o tabaco, se é fumador.
- É importante que o coidador domine a técnica de uso dos inhaladores e dos sistemas de osixenoterapia.
- Débese preocupar de que se administre a vacina da gripe e da pneumonía.
- Tamén pode aprender a facer uns exercicios simples para axudar a mellorar a respiración e unha drenaxe de secrecións.
- Por último, o coidador debe saber en que situacións se debe avisar o médico.



Como se pode favorecer a respiración das persoas con enfermidade pulmonar obstrutiva crónica?³

Por medio de exercicios respiratorios.

Exercicio 1 - expansión apical: colocar os dedos debaixo das clavículas e inspirar elevando o tórax contra a presión dos dedos. Manter a inspiración uns segundos e logo deixar marchar o aire amodo



Exercicio 2 - expansión basal: poñer as mans na parte baixa e dianteira do peito. Inspirar elevando o tórax contra a presión dos dedos. Manter a inspiración uns segundos e logo soltar aire de modo relaxado. Tamén se pode utilizar unha toalla arredor do tórax e coller aire contra a presión da toalla e logo expirar ao mesmo tempo que facemos presión.



³ Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. José M.^a Arribas Blanco. Jarpyo Editores. 2000. Madrid.

Exercicio 3 - respiración diafragmática: coa persoa deitada boca a arriba cos xeonllos encollidos, pódese colocar unha almofada debaixo das pernas. Poñer unha man no peito e outra na barriga e respirar lentamente polo nariz e botar o aire lentamente pola boca. Tanto ao coller como ao botar aire debemos notar movemento na man que está na barriga, pero a que está no peito debe permanecer inmóbil.



Exercicio 4 - mover a caixa torácica:

a persoa está sentada nunha cadeira coas costas rectas. Ao mesmo tempo que colle aire, eleva os brazos e, cando expulsa o aire, baixa os brazos de novo.

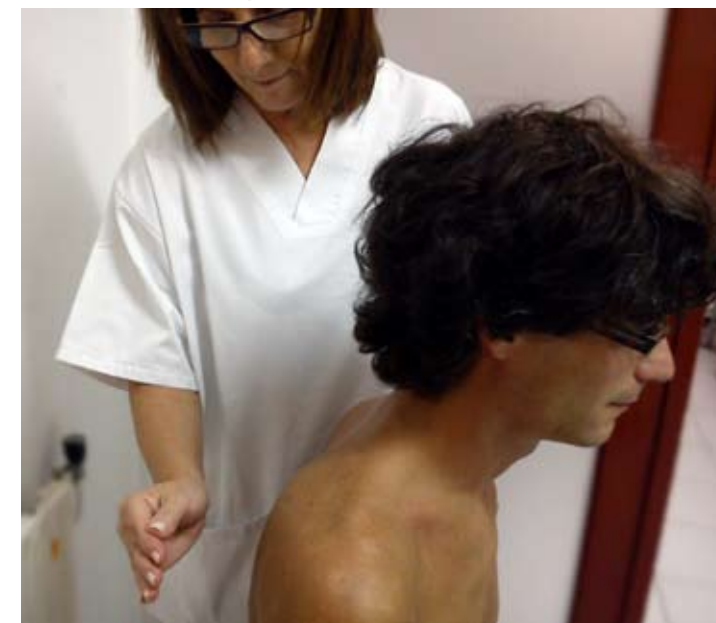


Exercicio 5 - tusir: a persoa está sentada ou deitada de lado. Coller aire polo nariz e botalo pola boca dúas ou tres veces. Logo coller bastante aire e retelo uns segundos. Expulsalo decontado tusindo con forza.

Como facer unha drenaxe de secrecións?⁴

A drenaxe postural consiste en poñer a persoa en distintas posturas (de lado, boca arriba, boca abaixo ou coa cabeza máis baixa que o corpo) para que as secrecións se desprendan polo seu propio peso.

Outra manobra (percusión ou clapping) consiste en dar pequenos golpes nas costelas da persoa para facela vibrar e desprender as secrecións dos bronquios. Débese facer durante cinco minutos en cada área do peito e coa man colocada en forma de cazoleta. A mellor postura é co paciente sentado ou deitado de lado. Ao rematar, a persoa debe facer unha inspiración profunda e tusir.



⁴ Rehabilitación respiratoria. Juan Antonio Moreno Palacios. Edika Med. SL. 2007. Madrid

Outra manobra (vibración) consiste en apoiar as mans, cos brazos estendidos, sobre as costelas do paciente e facer presión intermitente a modo de pequenos empuxóns no momento da expiración. Vanse cambiando as mans de lugar e combinando coa manobra de percusión.

Tamén existen vibradores electro-mecánicos para esta función.

Pódense combinar os métodos anteriores para conseguir mellores resultados.

Como e cando se ha usar un aspirador de secrecións?

En persoas que acumulan moita mucosidade e que non poden eliminala de forma natural pode ser útil o uso de aspiradores. Este debe usarse con moita precaución e só para aspirar secrecións na garganta (rinofarinxe e orofarinxe).



Como facilitar as actividades da vida diaria na Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) grave?

O aseo é preferible facelo sentado. Tamén o baño, para o cal se recomenda colocar unha cadeira con fixación na ducha. O secado farase de forma lenta, con pausas. A roupa debe ser folgada e é preferible usar tirantes ca cinto. É importante camiñar, pero debe facerse a un ritmo que non provoque dificultade respiratoria.

Cando se ha avisar o médico?

O síntoma máis importante polo que se debe avisar o médico é o aumento da dificultade para respirar (dispnea). Tamén a aparición de febre, o aumento da tose ou o aumento da expectoración son motivos de consulta.



O que aprendemos

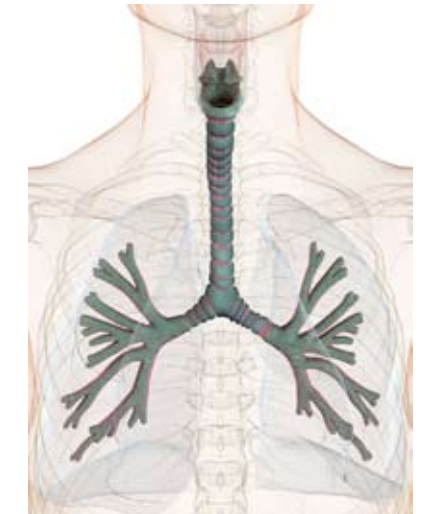
- A Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) é unha enfermidade crónica e frecuente.
- A principal causa é o tabaco.
- Hai dúas formas principais de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC): a bronquite crónica e o enfisema.
- A tose crónica é o síntoma principal.
- Deixar o tabaco é a mellor intervención.
- O coidador debe deixar o tabaco se é fumador.
- Debe administrarse a vacina da gripe e da pneumonía.
- O aumento da dificultade para respirar e a febre son sinais de alarma.
- Podemos axudar a facer unha drenaxe de secrecións.



2.2 Atención á asma bronquial^{5,6,7}

2.2.1 En que consiste a asma bronquial?

Os bronquios inflámanse con facilidade e o seu calibre diminúe, o que dificulta a circulación do aire. Por iso se produce fatiga e dificultade para respirar. Ademais, o aire ao saír con forza por uns bronquios estreitos fai un asubío característico que chamamos sibilantes ou gaitas.



- 5 Biblioteca Nacional de Medicina de EE UU. Medlineplus. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000141.htm>
- 6 Sociedad Española de Patología Respiratoria. <http://www.separ.es/doc/pacientes/>
- 7 Alerxia, preguntas e respostas. http://www.lacasadelalergico.com/frontend/lacasadelalergico/noticia.php?id_noticia=449&id_seccion=4#21

2.2.2 A que se debe?

En moitos casos, trátase dun problema de alerxia, onde o propio sistema inmunitario reacciona producindo inflamación na parede bronquial e espasmo dos músculos que pechan os bronquios. Os desencadeantes ou estímulos que disparan esta reacción son variados: ácaros do po, pole das flores, caspa ou pelo de animais, fume do tabaco, fármacos, exercicio físico etc. Moitas veces, o feito de interromper o tratamento da asma pode desencadear un ataque.

2.2.3 Como se diagnostica?

O médico de cabeceira será, case sempre, quen faga o diagnóstico auscultando o paciente e pedindo algúns estudos de interese, como unha radiografía de tórax e unha espirometría.



2.2.4 Como se trata?

Débense evitar os irritantes bronquiais, dos cales o máis importante é o tabaco. Co asesoramento do médico ou do enfermeiro, pódese establecer un plan para evitar as substancias que producen alerxia e que son capaces de desencadear un ataque de asma.

Probablemente o médico lle receite medicamentos inhalados e, ás veces, tamén pastillas. Normalmente, débese aplicar un tratamento continuado (tratamento de fondo) que o paciente debe tomar sempre sen fallar. Tamén se indicará un tratamento para utilizar cando a asma empeora.



2.2.5 Pode o asmático facer exercicio?

En xeral, pode facer todo tipo de exercicio físico, pero ha de tomar as debidas precaucións. Ás veces, antes de iniciar o exercicio é bo que utilice un inhalador, tal e como lle explique o médico ou o enfermeiro. Nunca se debe facer exercicio intenso se hai ruídos respiratorios ou tose importante.

Curiosidade:
deportistas de elite, como o ciclista Miguel Indurain ou o campión de natación Mark Spitz, foron asmáticos.

2.2.6 Que convén facer ante o comezo dunha crise?

O primeiro que se ha facer é utilizar os inhaladores, que deben estar preto, e acompañar sempre o asmático. A seguir, débese intentar tomar o aire sen ansia e expulsalo lentamente cos beizos apertados, pois iso axuda a baleirar os pulmóns (lembrar que hai que “sacar o aire” antes de meter “aire novo”).



2.2.7 Cando se debe avisar o médico?

En caso de que non se poidan controlar os síntomas co tratamento indicado. Estamos a falar do que se chaman crises ou reagudizacións de asma. O paciente presenta un aumento da dificultade para respirar ou ruídos máis intensos ao alentar o aire ou coloración moura ou azulada das unllas ou dos labios. Nestes casos, pode ser necesario que o médico lle subministre osíxeno ou medicación intravenosa. Incluso pode ser preciso hospitalizar o paciente.

2.2.8 Como se poden evitar os desencadeantes da asma?⁸

Hai unha serie de recomendacións que se han seguir: reducir a humidade ambiental; eliminar obxectos onde se deposite o po: alfombras, cortinas, peluches, exceso de adornos; usar mellor un edredón tipo nórdico ca unha manta ou cobertor; cambiar a roupa da cama dúas veces por semana e lavala a temperaturas de 60° C; usar acaricidas en colchóns e sofás; ventilar cada día a casa; usar aspiradora mellor ca vasoira.

⁸ Controlando el asma. Respira. Fundación Española do Pulmón. SEPAR. Área de Enfermería e Fisioterapia. Preimpresión Directa. 2003. Barcelona.

Como pode o coidador controlar os síntomas da asma?

- O coidador pode aprender a baixar ou a subir as doses de medicación inhalada segundo a asma mellore ou empeore.
- Para iso, pódese fixar nos síntomas: tose, ruídos ao respirar (gaitas), dificultade para encherse de aire. En pacientes que sexan capaces de aprender a usar un medidor de fluxo pico, pódese utilizar este.
- Un medidor de fluxo pico é un tubo cunha escala e cunha embocadura na que o paciente sopra. Coa forza do aire, un émbolo desprázase polo interior do tubo. Serve para medir o aire que o paciente é capaz de soprar dunha soa vez. Cando a persoa empeora, a cantidade de aire que sopra é menor.

Como se usa un medidor de fluxo pico?

A persoa, se é posible, debe estar de pé. Débese coller o aparello e poñer o cursor no cero. Cóllese a máxima cantidade de aire posible nos pulmóns (ins-

9 José M.^a Arribas Blanco. Op. Cit.



figura 2

piración máxima) e aplícanse os labios firmemente na embocadura sen que queden fendas por onde poida fuxir o aire (figura 2). Soprar tan forte e rápido como sexa posible. A proba debe repetirse tres veces e anotarase o resultado máis alto.

A interpretación do resultado pódese facer seguindo unhas gráficas deseñadas segundo as características do paciente (talle, idade, sexo) ou ben simplemente comparando cos valores obtidos cando o paciente está no seu estado normal (valores basais).

Como se usa un nebulizador?

Algunhas persoas con dificultades para utilizar outros dispositivos de inhalación pódense beneficiar do uso de nebulizadores. Son aparellos eléctricos que transforman os medicamentos líquidos en vapor, de maneira que se poidan administrar pola vía respiratoria.

O nebulizador consta dun sistema de vibración (mediante ultrasóns ou por aire comprimido) que axita o medicamento, que fai que se desprendan partículas que forman unha nube de vapor que o paciente respira).



Angel Norris

O que aprendemos

- A asma bronquial consiste en que os bronquios se inflaman con facilidade e o seu calibre diminúe, o que dificulta a circulación do aire.
- Débense evitar os irritantes bronquiais, dos cales o máis importante é o tabaco.
- No caso de que non se poidan controlar os síntomas co tratamento indicado, débese avisar o médico.
- O coidador pode aprender a aumentar ou a baixar as doses de medicación inhalada, segundo a asma mellore ou empeore.



2.3 Os inhaladores

O tratamento con inhaladores debe ser prescrito polo médico de cabeceira para o tratamento da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica e da asma.

Hai distintos tipos de inhaladores en función da técnica de inhalación e do medicamento que levan.

2.3.1 Inhaladores presurizados

Están compostos por un cartucho que contén un gas no que está disolto un medicamento. O cartucho vai no interior dunha cuberta de plástico que pode lavarse con auga e xabón. O gas penetra nos bronquios por inhalación e con el adminístrase o medicamento.

Hai modelos que se disparan de forma automática con só inhalalos (Autohaler®, Easybreath®).



É moi importante realizar una boa técnica de inhalación, seguindo os seguintes pasos:

1. Destapar o cartucho e situalo en posición vertical.
2. Coller o cartucho entre os dedos índice (na parte superior) e polgar (na parte inferior) e axitar.
3. Expulsar o aire dos pulmóns mediante unha expiración profunda.
4. Colocar a embocadura na boca envolvéndoa totalmente cos labios para evitar fugas e iniciar a inspiración. A lingua debe estar no chan da boca para evitar obstaculizar a entrada do medicamento.
5. Iniciada a inspiración, premer unha soa vez o cartucho e seguir inspirando lenta e profundamente, ata encher totalmente os pulmóns.
6. Retirar o cartucho da boca e manter a respiración durante uns 10 segundos.
7. Enxaugar a boca con auga.



2.3.2 As cámaras de inhalación



Son aparellos deseñados para facilitar o uso dos inhaladores presurizados e diminuír a irritación da garganta que ás veces ocasionan.

Os pasos que se han seguir para o seu uso correcto son:



1. Destapar o cartucho, situalo en posición vertical e axitar.
2. Encaixar o cartucho na cámara.



3. Expulsar o aire dos pulmóns mediante una expiración profunda.
4. Colocar a embocadura da cámara na boca

envolvéndoa totalmente cos labios para evitar fugas. A lingua debe estar no chan da boca para evitar obstaculizar a saída do medicamento.

5. Premer unha soa vez o cartucho e respirar 4 ou 5 veces lentamente pola boca.
6. Enxaugar a boca con auga.

Deben lavarse con frecuencia con auga e xabón e han de substituírse cando teñan gretas ou fisuras ou cando a válvula non funcione correctamente.

2.3.3 Inhaladores de po

Nestes inhaladores, o medicamento vai en forma de po moi fino. Son doados de utilizar e depositan unha maior cantidade de medicamento nos bronquios, en comparación cos outros inhaladores.

A técnica presenta algunhas variacións segundo o dispositivo en canto á carga da dose, pero é común en canto á forma de administración.

1. Destapar o inhalador.
2. No modelo Turbohaler® (figuras 8, 9, 10, 11), cárgase a dose xirando a rosca inferior cara á dereita e logo cara á esquerda. No Accuhaler® e Novolizer® (figuras

12, 13, 14, 15, 16 e 17), hai que darlle ao gatillo cara a abaixo. Nos modelos tipo Aerolizer® e Handihaler® (figuras 18, 19, 20, 21, 22 e 23), hai que colocar una cápsula no interior e perforala premendo os botóns laterais.

3. Expulsar o aire dos pulmóns mediante unha expiración profunda.
4. Colocar a embocadura na boca envolvéndoa totalmente cos labios para evitar fugas e iniciar a inspiración. A lingua debe estar no chan da boca para evitar obstaculizar a entrada do medicamento.
5. Inspirar profunda e enerxicamente.
6. Retirar o cartucho da boca e manter a respiración durante uns 10 segundos.
7. Enxaugar a boca con auga.



Turbohaler® figura 8



Turbohaler® figura 9



Turbohaler® figura 10



Turbohaler® figura 11



Accuhaler® figura 12



Accuhaler® figura 13



Accuhaler® figura 14



Accuhaler® figura 15



Novolizer® figura 16



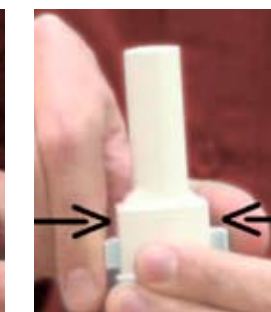
Novolizer® figura 17



Aerolizer® figura 18



figura 19



Aerolizer® figura 20



Handihaler® figura 21



Handihaler® figura 22



Handihaler® figura 23

2.3.4 Que medicamentos levan os inhaladores?

Para evitar confusións, os inhaladores diferéncianse por cores segundo o medicamento que levan. Hai algúns que levan fármacos capaces de dilatar os bronquios (broncodilatadores), estes son de cor azul ou verde. Outros levan medicamentos para reducir a inflamación dos bronquios a base de corticoides, e son de cor marrón ou vermella. Hai outros que levan unha mestura de corticoides e broncodilatadores, de cor moura. Outro tipo de medicamentos usados para a asma, tamén para previr a inflamación bronquial (os denominados cromomas), levan o envase de cor branca ou amarela.



O que aprendemos

- O tratamento con inhaladores pode ser indicado polo médico.
- Hai distintos tipos de inhaladores.
- Os inhaladores diferéncianse por cores segundo o medicamento que levan.



2.4 A osixenoterapia domiciliaria^{10,11,12}

2.4.1 En que consiste?

En lles subministrar osíxeno no domicilio a certos pacientes nos que está indicado. Trátase de evitar que a falta de osíxeno (hipoxia) lles faga sufrir aos órganos do corpo, en particular ao corazón e ao cerebro.



¹⁰ Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria. <http://www.sogapar.org/informa/oxigen/impox.pdf>

¹¹ Clínica Universitaria de Navarra. <http://www.cun.es/areadesalud/tu-salud/cuidados-en-casa/oxigenoterapia-domiciliaria>

¹² Guías clínicas de neumoloxía. Op. Cit.

2.4.2 Que vantaxes ten?

Se a indicación é correcta, actúa aumentando o osíxeno no sangue e mellorando así a osixenación dos órganos corporais, o cal contribúe a que o paciente se encontre menos fatigado e a que tolere mellor o esforzo. Ademais, xunto co abandono do tabaco, é o único tratamento que demostrou prolongar a vida dos pacientes con Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC).

Porén, os estudos existentes non demostran melloría cando se lles administra a pacientes con insuficiencia respiratoria moderada, nin tampouco cando se prescribe por un tempo limitado, de maneira descontinua.

2.4.3 Quen necesita osixenoterapia domiciliaria?

A utilidade do osíxeno no domicilio só está demostrada para determinados persoas que presentan un déficit importante de osíxeno no sangue. Ademais, é un tratamento caro e con grande impacto sobre a calidade de vida, polo que as indicacións

han estar moi ben coidadas e delimitadas.

Recoméndase, polo tanto, en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica demostrada, o cal se mide mediante gasometría arterial (medida do osíxeno no sangue que se extrae dunha arteria), en situación normal (de estabilidade clínica). Non se teñen en conta cifras de osíxeno en situacións de recaídas, agudizacións ou ingresos hospitalarios por causa da enfermidade.

En que persoas non está indicada?

Como se dixo, as indicacións son moi concretas. As persoas con enfermidade pulmonar obstrutiva crónica que non teñen cifras moi baixas de osíxeno no sangue non se benefician deste tratamento. Tamén é necesario que a persoa deixe de fumar, pois no fumador a prioridade é deixar o tabaco, que é un importante obstáculo ao transporte de osíxeno polo sangue. Ademais, o acto de fumar mentres se administra o osíxeno é perigoso, xa que pode provocar un incendio.

2.4.4 Canto osíxeno se debe administrar?

O médico de cabeceira e o neumólogo indicarán a cantidade de osíxeno (fluxo) que se ha de administrar. Esta cantidade pode ser distinta para cada persoa, segundo as necesidades que teña. Non convén modificar este fluxo sen consultar previamente co médico, pois isto pode dar lugar a problemas.

Curiosidade: fluxos altos de osíxeno poden producir lesións na mucosa respiratoria. Por outro lado, moitas persoas con Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) teñen problemas para expulsar dióxido de carbono. Canto maior sexa o nivel de osíxeno, o pulmón responde ventilando máis amodo (porque “interpreta” que a situación é favorable e que “non é necesario apurarse”, polo que a eliminación do dióxido de carbono diminúe).

É moi importante que o tempo sexa prolongado e ininterrompido (como mínimo 15 horas ao día, incluíndo horas de sono). Curiosamente, as estatísticas din que estes tempos só se cumpren na cuarta parte dos casos, a pesar de que resultados tan importantes como a diminución da probabilidade de morrer por Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) están en función do número de horas continuadas que se administra o osíxeno.

2.4.5 Como se administra o osíxeno?

Necesítase unha fonte de osíxeno, un sistema de administración ao paciente e un tubo de conducción entre ambos.



figura 18

A fonte pode ser unha bombona, que contén osíxeno a alta presión, ou un concentrador, que é unha máquina eléctrica que obtén osíxeno do aire. A bombona (figura 18) ten a vantaxe de non precisar electricidade para funcionar, aínda que é un método caro que precisa recargas frecuentes. O concentrador (figura 19) non ten límites en canto a volume de gas, pero precisa de revisións periódicas e debe dispoñer dunha bombona adicional por se falta a corrente. Ambos adoitan levar un caudalímetro para regular o fluxo de osíxeno e un vaso humidificador. Tamén hai depósitos de

A fonte pode ser unha bombona, que contén osíxeno a alta presión, ou un concentrador, que é unha máquina eléctrica que obtén osíxeno do aire. A bombona (figura 18) ten a vantaxe de non precisar electricidade para funcionar, aínda que é un método



figura 19

nasais e que permanecen aí de forma continua. O paciente pode comer, durmir ou asearse sen retiralas. Se se producen úlceras no nariz ou hai obstrución nasal, debe usarse temporalmente unha máscara.

O tubo de conducción, que une a bombona ou o concentrador coas gafas nasais, debe ser dunha soa peza, sen conexións, para evitar fugas, e cun máximo de 20 metros.

osíxeno portátiles a modo de mochila, prescritos para casos moi puntuais de pacientes que levan unha vida moi activa.

En canto ao sistema de administración ao paciente, o que máis se utiliza é o de gafas nasais, que son unhas cánulas que se introducen na entrada das fosas

Que mantemento precisa?

- Habitualmente, a empresa subministradora de osíxeno deixará un teléfono de contacto para calquera incidencia e visitará o domicilio cunha periodicidade de 1-2 meses.
- As gafas nasais deben lavarse a diario con auga e xabón.
- O tubo de conexión debe lavarse semanalmente.
- O vaso humidificador tamén se debe lavar e cambiarase a auga diariamente.
- Xunto co lavado, recoméndase a esterilización e deixar as pezas durante 15-30 minutos clorhexidina ao 3%.
- Non se recomenda manipular nin engraxar ningún compoñente do sistema.

Que precaucións se deben tomar co osíxeno?

- Hai que ter en conta que o osíxeno non é un gas inflamable. Non estoupa nin arde, pero si pode favorecer que ardan outros materiais próximos. Pensemos por exemplo como o aire, que non arde, é capaz de avivar unha fogueira.
- O subministrador de osíxeno non debe estar preto de ningunha fonte de calor. Se se trata dun depósito portátil, é importante evitar camiñar con el ao pé de chemineas ou estufas de leña e quentadores eléctricos incandescentes. Tamén se debe evitar o uso de aparellos eléctricos que poidan desprender chispas a carón da fonte de osíxeno, como secadores de cabelo, máquinas de barbear etc.
- Por suposto, débese evitar fumar na habitación onde se estea subministrando osíxeno. Tamén se recomenda dispoñer de, polo menos, un extintor na casa.
- Non se deberían utilizar produtos cosméticos faciais a base de graxas, como vaselina etc., que poidan arder con facilidade.

Cando se debe avisar o médico?

Pode que o osíxeno non estea chegando ben, ou que non sexa suficiente, cando a respiración se fai dificultosa, moi lenta ou irregular; as unllas ou os labios se volven de cor moura ou azulada; o paciente está máis nervioso ou máis confuso ou parado do que é habitual.



O que aprendemos

- A oxigenoterapia utilízase para evitar que a falta de osíxeno faga sufrir os órganos do corpo.
- A oxigenoterapia domiciliaria só se utiliza en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica demostrada.
- Cando se utiliza, é moi importante que o tempo sexa prolongado e ininterrompido.
- Necesítase unha fonte de osíxeno, un sistema de administración ao paciente e un tubo de conducción entre ambos

2.5 Gripe, catarro, vacina antigripal^{13,14,15}

2.5.1 Que é a gripe?

Unha enfermidade causada por un virus, que provoca febre, conxestión, tose e dores musculares e que, se non se complica, cura antes de oito días.

Curiosidade: o virus da gripe pertence ao xénero chamado influenza e pode ser de tres tipos: A, B e C. O tipo A é o responsable das grandes epidemias de gripe anual. O virus B presenta pequenos abrochos da enfermidade e o C adoita causar cadros gripais leves.

¹³ Ministerio de Sanidade Política Social e Igualdade.
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/home.htm>

¹⁴ Problemas de saúde. Gripe. http://www.tuotromedico.com/temas/inmunizacion_gripe.htm

¹⁵ Instrucións da campaña de vacinación antigripal 2010. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/gripe/Instrucion_campana_vacinacion_gripe-neumo_2010_20100914.pdf&hifr=1250&seccion=0

Como se transmite?

O enfermo de gripe, ao tusir ou ao esbirrar, emite unha gran cantidade de virus que poden alcanzar as vías respiratorias doutra persoa e contaxiala. Tamén se contaxia se tocamos os ollos, a boca ou o nariz coas mans contaminadas.



É o mesmo gripe ca catarro?

Non. As dúas enfermidades están causadas por virus, pero a gripe produce febre máis alta e o risco de complicacións é maior.

Como se trata a gripe?

Normalmente, abonda con tratar os síntomas que produce; é dicir, a febre e o malestar, con medicamentos a base de paracetamol ou similares. No caso de anciáns e pacientes debilitados, é conveniente consultar co médico porque o risco de complicacións é maior.

Son necesarios os antibióticos para tratar a gripe?

A gripe, como se dixo, é unha enfermidade producida por un virus. Os antibióticos non son eficaces para eliminar os virus. O médico nunca tratará unha gripe con antibióticos, salvo no caso de que se produza unha complicación onde sexan necesarios.



Que é a gripe A?

O virus da gripe A é da mesma familia que o da gripe común (estacional), pero hai algunhas características que o fan diferente e novo. Por iso, o sistema inmune das persoas non está tan preparado para combatelo.

É máis grave a gripe A?

Os síntomas, as complicacións e o mecanismo de transmisión da gripe A non permiten diferenciala da gripe estacional, polo que o tratamento e as precaucións que están a seguirse hoxe en día son as mesmas.

Como se prevén a gripe A?

As normas de prevención son as mesmas que a gripe estacional. A vacina da gripe A adminístrase na mesma inxección que a da gripe estacional.



Como se pode evitar a gripe?

A principal medida preventiva é a vacina. Pero tamén se debe facer unha boa hixiene de mans: tanto os coidadores coma os enfermos de gripe deben lavar as mans con frecuencia. O enfermo debe procurar tusir e esburrar sobre un pano, nunca ao aire. Tamén se debe ventilar adecuadamente a casa.



Que é a vacina da gripe?

É unha sustancia que se prepara con fragmentos ou cachos do propio virus da gripe, ou co virus enteiro, pero previamente eliminado con formol. A vacina fai que o organismo recoñeza estes virus e que fabrique defensas contra eles.

Hai que renova-la todos os anos, debido a que o virus da gripe é capaz de cambiar dun ano para outro.

Pode a vacina producir a enfermidade?

Non produce en ningún caso a enfermidade, posto que os virus da vacina están mortos.

Por que algunha xente ten gripe a pesar de estar vacinada?

Porque a eficacia da vacina non é total, xa que as persoas maiores e debilitadas teñen menos capacidade para fabricar defensas. Por outro lado, hai que lembrar que a vacina protexe da gripe, pero non do catarro.

Porén, aínda que non protexa nun cento por cento, paga a pena poñela, pois a gripe nos vacinados é menos grave e está demostrado que protexe das complicacións, das hospitalizacións e da morte.

Quen se debe vacinar fronte á gripe?

Normalmente, todas as persoas dependentes teñen razóns para vacinarse fronte a gripe, por idade ou por enfermidades crónicas debilitantes que padezan. Pero tamén é importante que se vacinen os coidadores para evitar contaxiala.

2.5.2 Cal é a causa do catarro?

Está producido por virus. Hai máis de 200 virus diferentes capaces de producir catarro.

Que síntomas produce?

Os principais son a moqueira, a conxestión nasal e os esbirros.

Hai algunha forma de previr o catarro?

A mellor maneira de evitar os contaxios é mediante o lavado de mans. O coidador con catarro debe lavar as mans despois de soarse e antes de preparar e de lle dar a comida á persoa dependente.



O que aprendemos

- A gripe é unha enfermidade causada por un virus.
- Aínda que a gripe e o catarro están causadas por un virus, a gripe produce febre máis alta e o risco de complicacións é maior.
- Os antibióticos non son eficaces para eliminar o virus.
- Este ano a vacina da gripe A adminístrase na mesma inxección que a gripe estacional.
- Os coidadores tamén deben vacinarse.



2.6 Síndrome de apnea do sono^{16,17}

2.6.1 Que é a síndrome de apnea do sono?

E un trastorno frecuente que se caracteriza porque durante o sono nocturno a persoa deixa de respirar durante breves momentos. Estes momentos en que a persoa non respira chámanse apneas. Como consecuencia das apneas, a persoa esperta con frecuencia (a maioría das veces sen darse conta) e non descansa debidamente, polo que durante o día se atopa fatigado e con moito sono.



¹⁶ Apnea del sueño en atención primaria. Puntos clave. M. A. Martínez García, J. Durán-Cantolla. Ed Respira.

¹⁷ Síndrome de apnea del sueño. Recomendaciones SEPAR. www.separ.es/doc/publicaciones/normativa/rec11.pdf

2.6.2 A que se debe?

Non hai unha soa causa, pero si moitos factores que inflúen: a obesidade, a idade, o hábito de durmir boca arriba, a presenza de atrancos nas vías respiratorias, como pólipos, amígdalas grandes etc. Tamén se sabe que é mais frecuente nos homes, nos diabéticos, nos hipertensos e nas persoas que teñen o pescozo groso e curto.

2.6.3 Como se pode decatar o coidador?

Fixándose na maneira de durmir do paciente. Normalmente, ronca moito e mentres dorme fai pequenas paradas da respiración que logo recupera.

2.6.4 Que se pode facer cando se sospeita?

Comunicarlllo ao médico. El decidirá, en función do estado na que se encontre a persoa, se estaría indicado facer un estudo especializado, chamado polisomnografía, que consiste en facer unha serie de medicións de actividade cerebral, cardíaca, pulmonar etc. mentres dorme.

2.6.5 Que pode facer o coidador en canto ao tratamento?

Débese procurar que o paciente non consuma tabaco. Tampouco debe tomar bebidas alcohólicas, sobre todo pola tarde e pola noite, pois o alcohol produce inchazón (edema) da vía aérea, o que dificulta o paso de aire. Tamén se deben evitar certo tipo de pastillas para durmir (benzodicepinas) e, ademais, hai que procurar que o paciente durma de lado, nunca boca arriba, mesmo colocando coxíns ou almofadas. Incluso se ten recomendado colocar pelotas de tenis debaixo do pixama. Tamén pode ser de axuda elevar a cabeceira da cama.



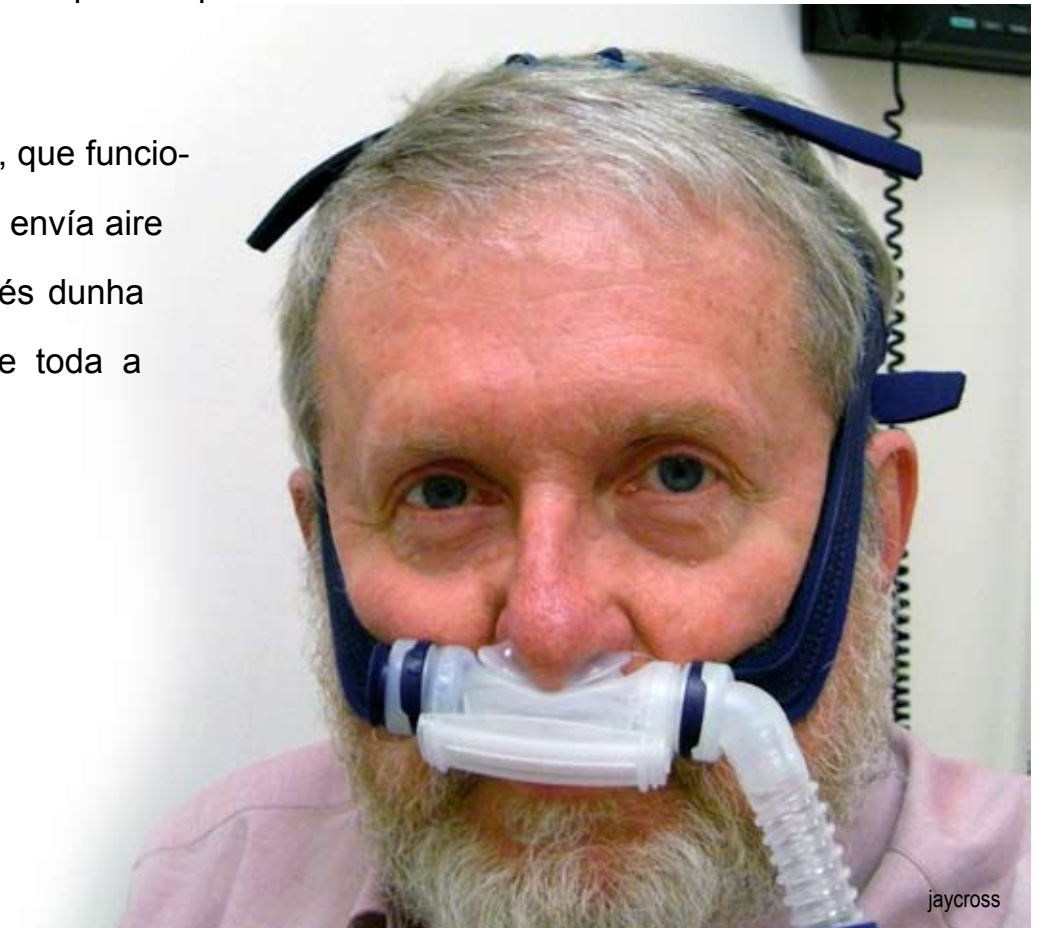
Outra intervención importante é procurar que os pacientes obesos baixen de peso cun programa de dieta e, se pode, de exercicio físico.

En certos casos, pode estar indicado o uso de máquinas para facilitar a respiración.

Que máis se pode facer?

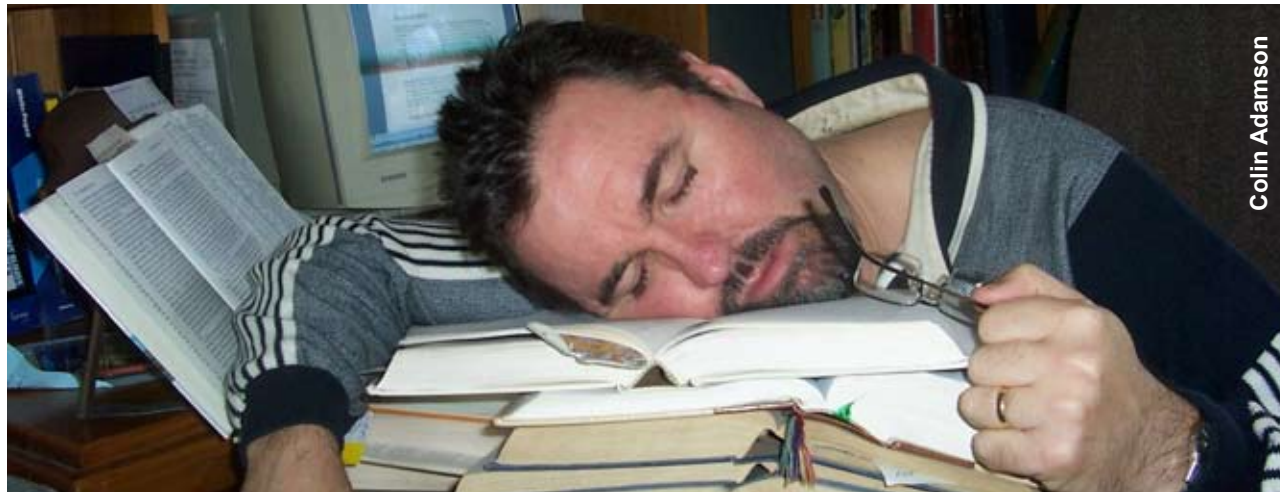
Cando hai algunha anomalía das vías aéreas, o mellor é corríxila (pólipos, vexetacións). Se esa non é a causa, o máis eficaz é o uso dunha máquina chamada CPAP (iniciais en inglés de presión positiva continua na vía aérea).

Esta máquina, que funciona con corrente, envía aire a presión a través dunha máscara durante toda a noite.



O que aprendemos

- A apnea do sono é un trastorno frecuente que se caracteriza porque durante o sono nocturno a persoa deixa de respirar durante breves momentos.
- Non hai unha soa causa, son moitos os factores que inflúen.
- Ademais de evitar o tabaco, hanse evitar as bebidas alcohólicas, certo tipo de fármacos, procurar que o doente durma de lado, baixar de peso etc. En ocasións, utilízase unha máquina chamada CPAP.



Preguntas para a reflexión

- É o tabaco un factor de risco soamente para a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC)?
- Que importancia teñen as vacinas?
- O coidador pode ter actuacións activas no tratamento da asma?
- É importante que o coidador coñeza os tipos de inhaladores?
- Hai signos ou síntomas que nos avisan se o osíxeno é suficiente?
- Cando hai que vacinarse da gripe?
- A apnea do sono non é frecuente e, ademais, non ten importancia?

“A natureza está a miúdo escondida, ás veces dominada, raramente extinguida”.

Francis Bacon



3. Cómo actuar ante situacións de urxencia

3.1 Hipoglicemia



- É unha baixada de azucre en sangue.
- Por baixo de valores de 50 mg/ml. Os valores normais son entre 80 e 120.
- Case sempre se produce en diabéticos que poñen insulina.
- É bastante frecuente.

Causas:

- Diabéticos que poñen insulina: por exceso de dose, xaxún, esforzo físico ou toma doutros fármacos.
- Xaxún prolongado.
- Alcol.
- Fármacos.

Síntomas:

- Tremor, ansiedade, fame, debilidade.
- Desorientación, agresividade.
- Cefalea, mareo, alteración da visión.
- Crises convulsivas, coma.

Que debemos facer ante unha hipoglicemia?

- Se os síntomas son leves e está consciente, administrar hidratos de carbono (un sobre de azucre ou un zume de froita).
- Se está inconsciente, hai que administrar glicosa intravenosa (médico/a e enfermeiro/a) ou pór unha inxección de glucagón, sempre baixo control e co seguimento do equipo de saúde.



3.2 Convulsións

Caracterízase por un inicio e terminación bruscos.

Poden ser:

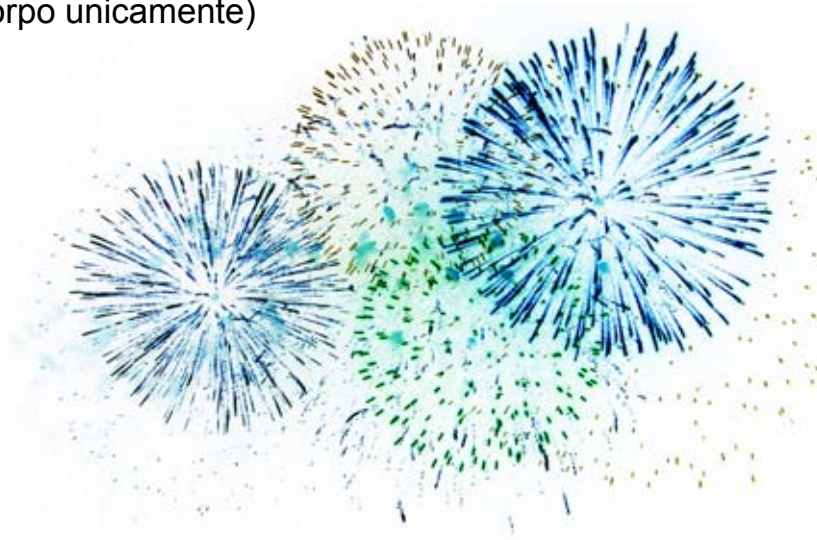
- Tónicas.
- Clónicas.

Adoita producirse incontinencia vesical.

Despois da crise, aparece un estado de somnolencia e desorientación.

Os ataques poden ser:

- parciais (unha zona do corpo unicamente)
- xeneralizados



Que se ha facer ante unha convulsión?

Se está convulsionando:

- Avisar ao 112.
- Non deixar só o enfermo.
- Colocalo cómodo, afrouxar a roupa. Retirar obxectos próximos, evitar danos e protexer a cabeza.
- Suxeitar sen impedir mobilidade para previr lesións durante a convulsión.
- Protexer a mordedura da lingua e ter un especial coidado cos dedos.
- Fixarse en como se inicia e que tipos de movementos realiza.

No período despois da crise:

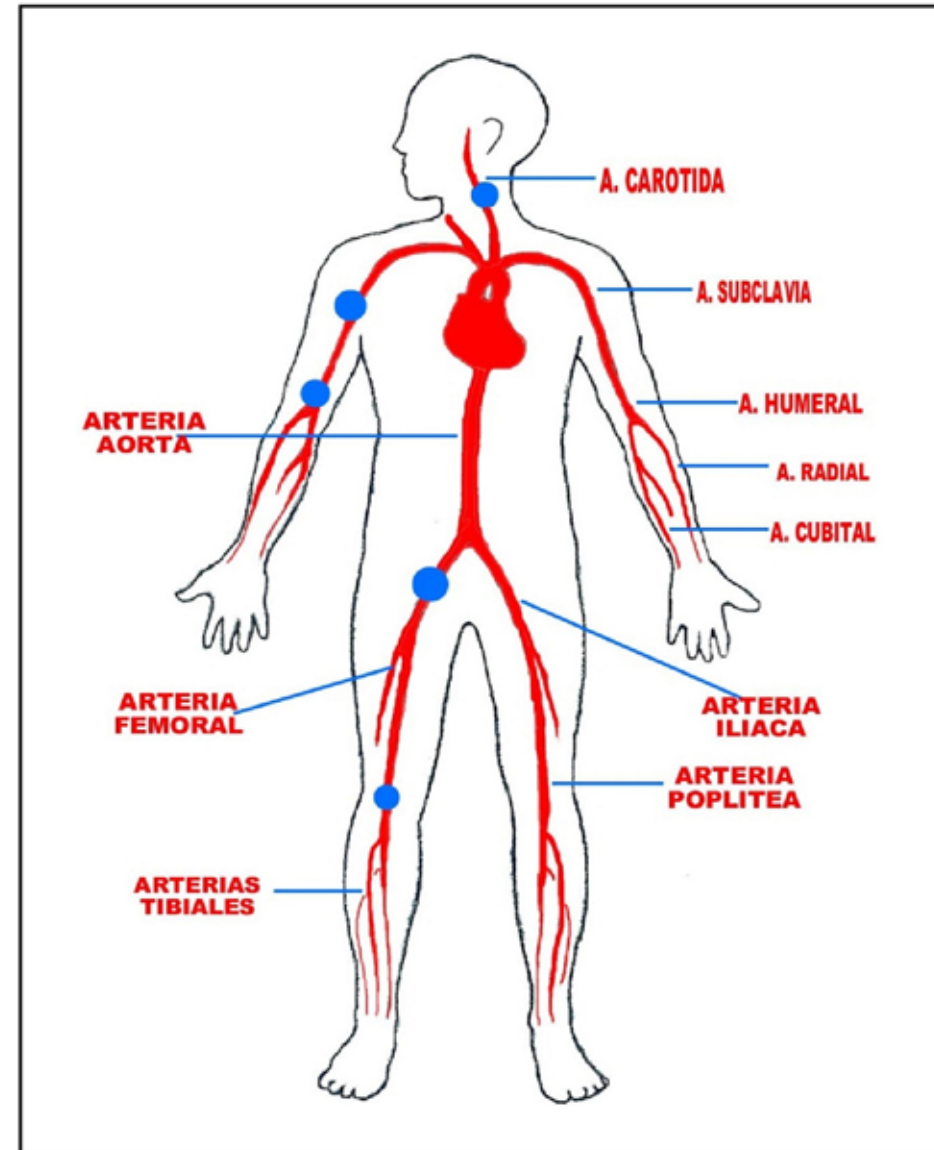
- Asegurar a vía aérea.
- Posición de seguridade.
- Administrar osíxeno se é posible e medir a glicosa no sangue (glicemia).

3.3 Hemorragias

- Valoración da vítima.
- Compresión da ferida.
- Elevación do membro sen deixar de comprimir.
- Colocación da vendaxe compresiva.
- Presión sobre os puntos de compresión arteriais: femoral, umeral, carótide.

Como valoramos a gravidade das hemorragias?

- Palidez.
- Taquicardia.
- Recheo capilar.
- Hipotensión.



3.3.1 Sangrado nasal (epistaxe)

Que facer?

- Tranquilizar.
- Inclinar cara a adiante.
- Algodón empapado en auga osixenada.
- Apertar o nariz durante 10 minutos.



3.4 Feridas

Control da hemorraxia:

- Compresión.
- Elevación do membro.

Evitar a contaminación bacteriana:

- Limpeza da ferida de dentro a fóra.



Feridas por arma branca:

- A gravidade depende da profundidade e da localización anatómica.
- Se a arma branca ou o obxecto están cravados, non se deben sacar!!!

3.5 Amputacións

- Controlar a hemorraxia.
- Cubrir e inmovilizar se a amputación non é completa.
- Conservar o membro amputado; envólvelo en pano estéril, este nunha bolsa de plástico e este en xeo.
- Traslado urxente do paciente e do membro.



3.6 Queimaduras

Lesións debidas a alteracións térmicas causadas por axentes:

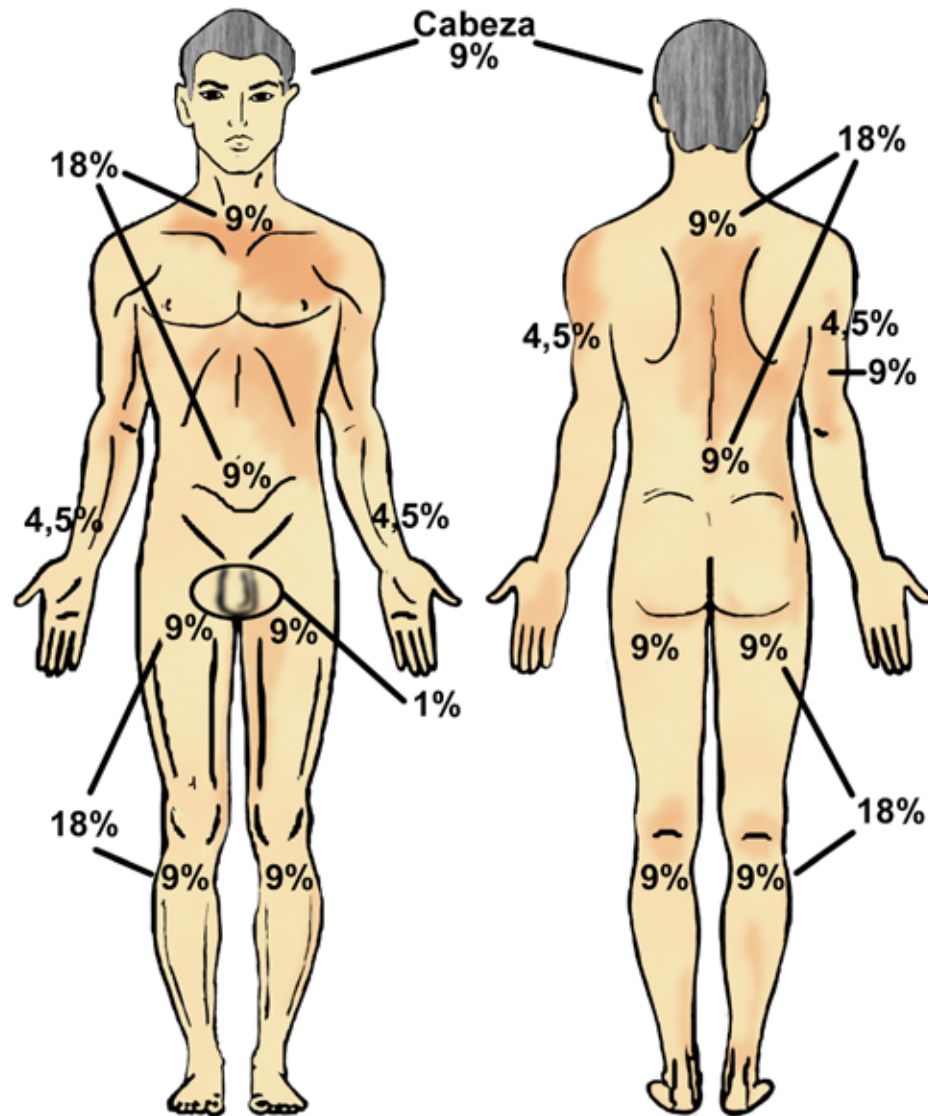
- físicos
- químicos
- eléctricos

Segundo a súa profundidade, poden ser:

- **PRIMEIRO GRAO.** Afectan a epiderme
 - Signos: ■ avermellamento intenso e dor
- **SEGUNDO GRAO**
 - Superficial, afectan a derme superficial
 - Signos: ■ bochas e dor
 - Profunda, afectan a derme profunda
 - Signos: ■ aspecto esbrancuxado e sen dor
- **TERCEIRO GRAO.** Afectan a todas as capas da pel
 - Signos: ■ cor marrón ou branca, éscaras secas na pel
 - sen dor e tacto de coiro

Extensión

Regla dos 9



Niños

Cabeza
18%

Torax anterior
18%

Torax posterior
espalda
18%

Perine
1%

Extremidad
inferior
13%

3.6.1 Que se debe hacer ante unha queimadura?

Deter o proceso da queimadura:

- Afastar do foco causante.
- Retirar obxectos próximos.
- Non retirar a roupa pegada.
- Retirar obxectos que impliquen compromiso circulatorio (aneis, colares...).

Queimadura química

- Lavar abundantemente.

Queimadura eléctrica

- Cortar a corrente.
- Retirar o paciente.



3.6.2 Coidados locais das queimaduras

- Non picar as bochas.
- Curas locais estériles.
- Cobertura con vendaxes estériles húmidas.
- Abrigar o paciente.



3.7 Dor torácica

Cales son as preguntas clave?

- Onde lle doe? Sinala coa súa man.
- Esténdeselle cara a algún sitio?
- Como é a dor?
- Impídelle respirar?
- Aumenta cos movementos ou coa respiración?
- A dor impídelle realizar as súas actividades habituais?
- Cando empezou e que estaba a facer nese momento?



3.7.1 Cales son os síntomas de gravidade?

- Comezo agudo con deterioración rápida.
- Signos de hipotensión.
- Alteracións do ritmo do corazón.
- Diminución do nivel de conciencia.
- Sudación, palidez, vómitos.
- Sensación de morte inminente.
- Como é a dor coronaria?
- Opresiva e asfixiante.
- Localización retroesternal ou pectoral.
- Irradiación da dor.
- Duración prolongada no infarto agudo de miocardio.
- Clínica vexetativa.
- Asociado a factores desencadeantes.



3.7.2 Que se ha facer ante unha dor destas características?

- Pedir axuda.
- Repouso absoluto.
- Afrouxar a roupa.
- Illar do frío.
- Tranquilizar en espera do traslado.
- Só poderemos administrar medicación se nolo indica o médico.



Que aprendemos

- Debemos recoñecer as situacións de urxencia máis frecuentes.
- Debemos saber como actuar ante estas situacións.
- No sangrado nasal, é importante apertar o nariz durante uns minutos.
- Nas feridas por arma branca, cando están cravadas, non debemos sacalas.
- Ante unha hipoglicemia, se os síntomas son leves e está consciente, administrar hidratos de carbono (un sobre de azucre ou un zume de froitas).
- Despois da convulsión, aparece un estado poscrítico de somnolencia e desorientación.
- Ante unha queimadura, non se ha retirar a roupa pegada.
- Se hai parada cardiorrespiratoria, é imprescindible iniciar de inmediato manobras de resucitación.
- Na dor torácica, hai uns síntomas de gravidade.

Preguntas para a reflexión

- A hipoglicemia é bastante frecuente.
- A posición de seguridade é importante nunha convulsión no período pospeche.
- En caso de amputacións, hai que trasladar urxentemente o paciente e mais o membro.
- As queimaduras poden ser de primeiro, segundo e terceiro grao.
- Nas queimaduras, non hai que picar as bochas.
- Na dor torácica, é importante facer unhas preguntas clave.

Notas



SEMG Galicia
Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia



XUNTA DE GALICIA