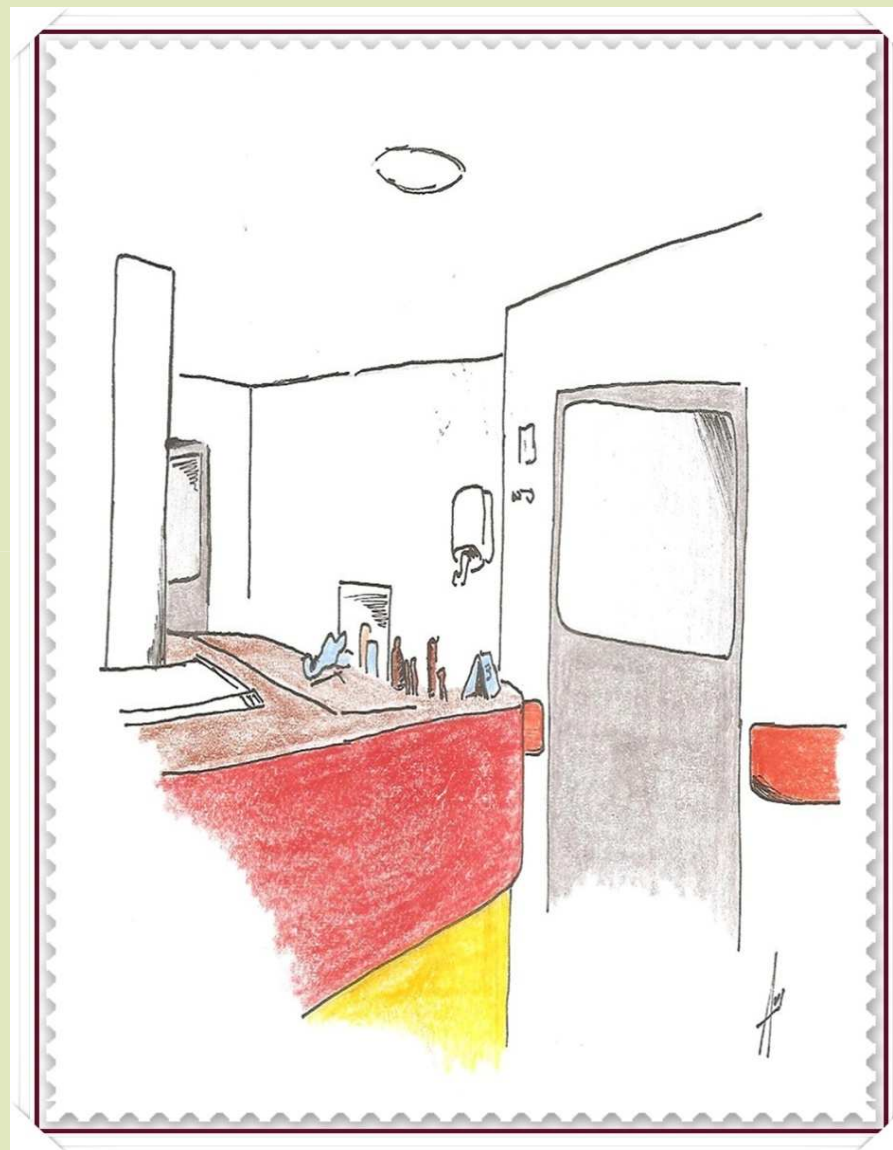


La información en el TPH

Creación de una herramienta gráfica

Ruiz Seixas M.
Ilustraciones, Ariza Ruiz M
U. C. G. de Hematología
H. U. Virgen del Rocío. Sevilla
XV Congreso de Enfermería Hematológica. Tarragona 2010



- El paciente y familia van recibiendo información durante todo el proceso.
- La información es desigual en calidad y cantidad, ya que va en función de la demanda
- Diagnostico prevalentes:
Conocimientos deficientes
Ansiedad



Evidencia: La información no consigue sus objetivos

Cambios necesarios en el **que, como, donde, y cuando, se da la información**



Creación de un soporte informativo grafico:

- Complementario de la información oral
- Estandarización y normalización

Objetivo principal

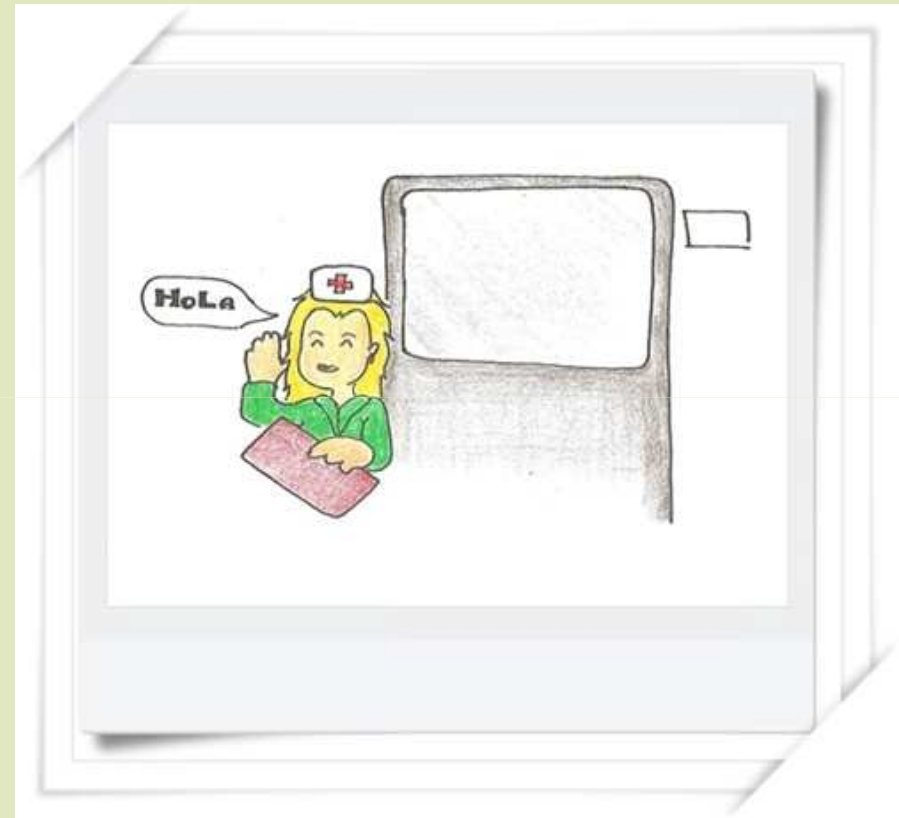
Aumentar los conocimientos del paciente y familia sobre el procedimiento/tratamiento del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos y su entorno

Objetivos específicos:

Mejorar la comunicación paciente/familia y equipo asistencial

Unificar criterios y mejorar la calidad de los cuidados

Disminuir el estrés y ansiedad



Metodología

Recogida preguntas y dudas más frecuentes.

Revisión de la bibliografía

Revisión protocolos y guías
de otros centros y del nuestro.

Herramientas

Lenguaje sencillo y claro.

Fácil accesibilidad

Orden cronológico: antes,
durante y después del
trasplante

Formato manejable. Ilustración amena y agradable



Proceso de validación

Revisada por:

Grupo de pacientes y familia

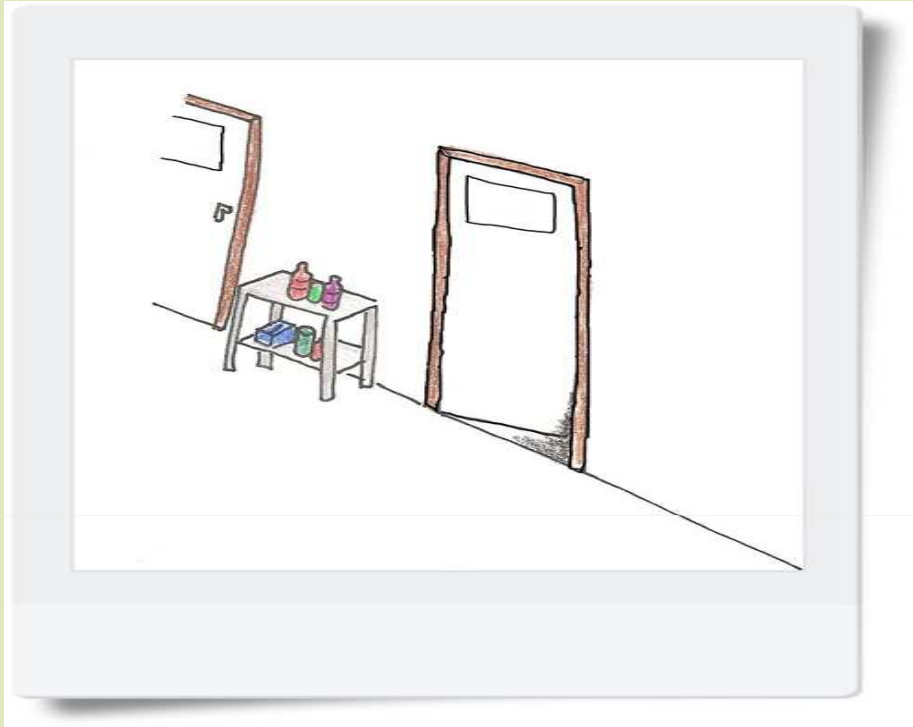
Expertos en TPH y enfermedades
hematológicas. Enfermeros y médicos

Evaluadores externos:

Responsables de calidad y
divulgación del conocimiento

Incorporación de las sugerencias y
recomendaciones convenientes





Resultados

Creación e Implementación de la
herramienta informativa

“Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
(Trasplante de Médula).

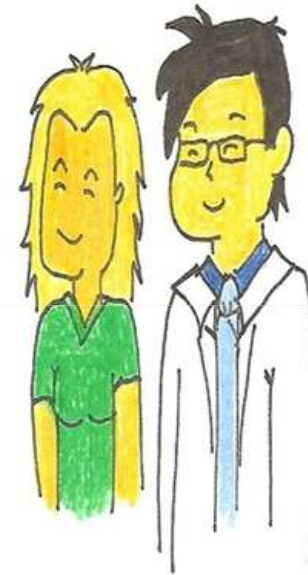
Información sobre el trasplante y su entorno.

La Unidad TAMO“

La información previa al trasplante es recibida en una situación de gran estrés, no siendo asimilada correctamente. La guía pretende reforzar la información oral. Que el paciente la utilice y dosifique a su elección. Cuando precise resolver sus dudas y en un entorno mas receptivo

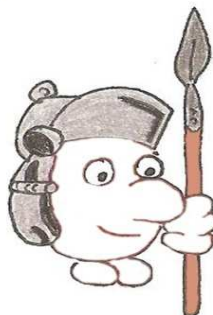
Asimismo pretende ser una herramienta valida para enfermería, que ayude a unificación de criterios y a la mejora de la calidad en cuidados.

Ha sido muy bien recibida por los pacientes y familiares



!He

La familia os va a
guiar por un librito
que habla de
nosotros y de otras
cosas





La guía consta:

★ P

Me acompañáis

★

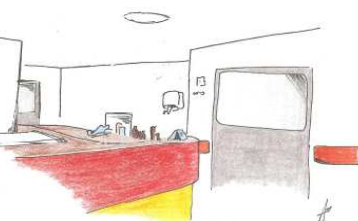
El TPH: Antes, durante y después

★ Otras complicaciones y circunstancias

★ Glosario de términos



Comenzamos con una información general sobre el TPH, las células, la sangre



Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (Trasplante de Médula)

Información sobre el Trasplante y su entorno.

La unidad TAMO

2009



EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

¿Qué es un progenitor hematopoyético?

Los progenitores hematopoyéticos (o células madre) son células inmaduras que se encuentran en la sangre periférica y en la sangre del cordón umbilical.

¿Todos los trasplantes son iguales?

No, hay varios tipos de trasplantes. Los podemos diferenciar dependiendo del donante en:

AUTOLOGO: Las células madre hematopoyéticas proceden del propio pa-

ciente sano, que puede ser hermano, hermana, madre o padre.

ALÓGENO: Las células madre hematopoyéticas proceden de un donante sano, que puede ser hermano, hermana, madre o padre.

DE CORDÓN UMBILICAL: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido sano.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE VIVO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante vivo.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

DE CORDÓN UMBILICAL DE DONANTE MUERTO: Las células madre hematopoyéticas proceden de la sangre del cordón umbilical de un donante muerto.

¿Qué es el tratamiento de acondicionamiento?

Es un tratamiento que consiste en la administración de quimioterápicos y algunas veces complementados con sesiones de radioterapia para eliminar las células neoplásicas que aún pudieran existir y además preparar la médula del paciente para recibir las células hematopoyéticas.

¿QUÉ ES LA EICH?

La sigla EICH corresponde a la enfermedad injerto contra huésped. Se refiere a la reacción que ocurre en el huésped (usted) cuando el injerto (progenitores hematopoyéticos o células madre) reconocen como extrañas a las células del receptor o huésped. Esta reacción la provocan los linfocitos del donante que atacan a los progenitores.

¿Dónde proceden las células madre?

Las células madre o progenitores hematopoyéticos se encuentran en la médula ósea, en la sangre periférica (sangre del aparato circulatorio, venas arterias...) y en la sangre del cordón umbilical.

restas ilíacas posteriores
quirofano y con anestesia
en la zona de la punción,

tre, por lo que al donante
le administra, en los días
Que provoca la salida de
Estas células son reco-
lamiento por el cual se hace
laquina que separa las
anguineo que se precise
es, devolviendo al torren-
ean coger. Estas aféresis
n el hospital y el número
de cada sesión. Se reali-
fectos secundarios, salvo
de crecimiento, dolores

¿Qué es tener en común mi

les. Esta compatibilidad se
ntran en la superficie de las
ano, HLA (sigla del nombre

nte y del paciente. Con esto
compatibles con las del re-

¿Qué es el donante entre mis herma-

, padre y la otra mitad de
nuestros hermanos sea

a los padres y a los hijos,
bilidad entre estos es me-

mparentado en los registros
s bancos de sangre de cor-

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO DE ACONDICIONAMIENTO NO MIELOABLA-

¿REDUCIDA? El trasplante MIN. En este tipo de trasplante se utiliza quimioterapia o radioterapia y, por lo tanto, menos tóxica. Se utiliza en pacientes que por su edad o su estado general no pueden recibir el acondicionamiento convencional. En él no se elimina la médula del paciente. Con este tratamiento de acondicionamiento se evita el rechazo del trasplante de progenitores hematopoyéticos del donante y el sistema inmune del paciente puede encontrar simultáneamente células del donante durante un tiempo después del trasplante.

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO DE ACONDICIONAMIENTO DE INTENSIDAD?

El acondicionamiento de Intensidad Reducida es permitir ante no sean rechazadas por el receptor e implanten fin del trasplante es buscar el efecto que tiene el injerto hematopoyético del donante) contra el tumor, y con s cancerosas que no se eliminaron con los tratamientos adyuvantes. Para aumentar ese efecto de injerto contra tumor, se le inyectan los linfocitos del donante con posterioridad al trasplante.

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO DE ACONDICIONAMIENTO DE INTENSIDAD?

El acondicionamiento de Intensidad Reducida es permitir ante no sean rechazadas por el receptor e implanten fin del trasplante es buscar el efecto que tiene el injerto hematopoyético del donante) contra el tumor, y con s cancerosas que no se eliminaron con los tratamientos adyuvantes. Para aumentar ese efecto de injerto contra tumor, se le inyectan los linfocitos del donante con posterioridad al trasplante.



15

Ahora vamos a pasear por las diferentes etapas del Trasplante



EL CATÉTER:

Como ya hemos referido para la realización del trasplante será preciso que sea portador de un catéter venoso central. Si usted no tiene, este le será implantado en diferente momento dependiendo el tipo de catéter.

Vamos a detallar los tipos de catéteres con los que se puede encontrar en la evolución tanto de la enfermedad como del trasplante.

El Hickman

Es un catéter tunelizado de larga duración que le será implantado previamente al ingreso para el trasplante. Se insertará en el forax en una de las venas subclavas. Este procedimiento se realiza en quirófano con sedación y anestesia local, y lo lleva a cabo el equipo de la Clínica del Dolor.

Podrá marchar a casa con él, y puede permanecer insertado meses e incluso años.

También este catéter le ha podido ser implantado con más anterioridad, para la administración de los diversos tratamientos de la enfermedad (quimioterapias, hematies, plaquetas, antibióticos, etc.).

¿Que quiere decir catéter tunelizado?

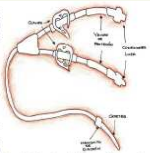
El catéter es insertado en la piel y recorre un trayecto subcutáneo (por debajo de la piel) creando un túnel, hasta el sitio donde entra en la vena.

¿Como es el catéter?

El catéter tiene dos luces (conductos de entrada) y un ensanchamiento, llamado Dacron, que quedará aproximadamente en la mitad del trayecto que va desde la entrada en la piel hasta la inserción en la vena (tunelización). La función de este Dacron es la de crear un tejido fibroso alrededor de él para fijar el catéter debajo de la piel y generar una barrera a las bacterias que evite la migración de estas al flujo sanguíneo. Cuando el catéter ha fibrosado no es necesario cubrirlo con un apósito y podrá bañarse sin problemas.

Para el mantenimiento y cuidados del catéter, ¿Donde ir?

Los cuidados los podrá realizar en el Hospital de Día, donde efectuarán los cambios de la Hepatina que mantienen la permeabilidad del catéter mientras no esta en uso. Si el catéter esta recién implantado y por lo tanto todavía esta cubierto también le harán las curas y cambio de apósitos. Si el catéter ya está descubierto no es necesario mantener una cura especial de él. El lavado en el baño con agua y jabón es suficiente. Una vez ingresado en la unidad, enfermería se responsabilizará de los cuidados. Con posterioridad recibirá adiestramiento sobre el autocuidado del catéter en el domicilio. Dándole la opción de elegir entre asistir al Hospital de Día o realizarlos usted o un familiar.



16

El reservorio o portal

Si es portador de un reservorio subcutáneo implantado para los tratamientos previos al trasplante, los cuidados de este, al igual que los del Hickman, le serán realizados en el Hospital de Día, o si lo prefiere y ha desarrollado el aprendizaje preciso, podrá realizarlos usted o un familiar.

No siempre es utilizado el reservorio en el trasplante, por lo que en algunas ocasiones se será, además, implantado otro catéter, dependiendo de las necesidades previstas en los diferentes tipos de trasplante.



Via central (subclavia, yugular o femoral)

Llamamos via central a la insertada en venas centrales de calibre importante, como las venas subclavas (debajo de las clavículas), yugulares (en el cuello) o femorales (en las ingles).

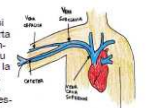
Este tipo de catéter es de corta duración, no tunelizado, esto significa que se inserta directamente en la vena, sin crear un túnel debajo de la piel. La implantación se hará una vez ingresado. La realiza el médico, casi siempre en la unidad de UCI (cuidados intensivos) Saldrá de la unidad (cuidados intensivos) Saldrá de la unidad (cuidados intensivos) Saldrá de la unidad (cuidados intensivos).

de trasplante para esto y después de la implantación del catéter volverá a ella.

Los cuidados son efectuados por la enfermera y permanece cubierto con apósito durante toda su permanencia. Este tipo de catéter será retirado antes del alta hospitalaria.

Via de inserción periférica

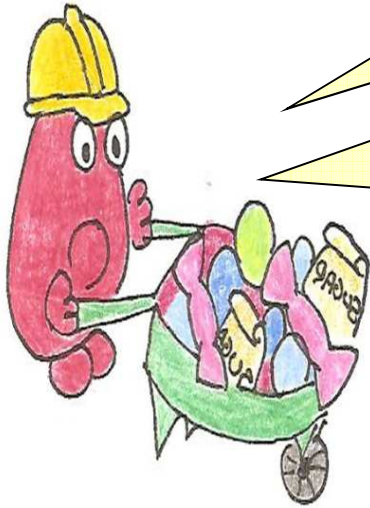
Son las insertadas en venas periféricas, casi siempre en los brazos. Son catéteres de corta duración. Entre este tipo de catéteres se encuentran los Drum, los PIC y los abocath. Su inserción se hará una vez ingresado y tanto la implantación como los cuidados posteriores serán desempeñados por el personal enfermero. También son catéteres que precisan estar cubiertos por un apósito, siendo retirados antes del alta hospitalaria.



17

Antes del trasplante

Cuidados, formalización del ingreso. Medidas de la unidad e información sobre esta y el personal



LLEGAMOS A LA PROXIMIDAD DEL INGRESO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE

Antes del trasplante

Tras a detalle algunos pasos que habrá que dar previamente al ingreso, así como protocolos de la unidad y procedimientos a realizar durante el trasplante.

¿COMO ES LA UNIDAD?



ALIMENTOS:
No entrará en la habitación ningún alimento que no esté administrado por el personal de la unidad. Cuando se desee algún alimento que no sea hospitalario debe consultarlo con la enfermera para su autorización o no. Están contraindicados los productos ricos en azúcar, caramelos, chocolates, chicles, etc. El azúcar es un medio de cultivo.

ACOMPANIANTE Y VISITAS

Cualquier persona que vaya a estar acompañando a una persona que va a ingresar a la unidad, debe presentarse con usted, siempre que sea posible, antes de la entrada. Solo se harán cambios de acompañante, previa autorización del personal sanitario. El ingreso recibirá amplia información, tanto de los visitantes, normales, etc., adaptándose a las necesidades y en función de los visitantes. En todo caso el número de visitantes debe ser mínimo y con el fin de evitar el trasiego de muchas personas diferentes y disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.

La visita entra en la unidad, llamando primero al timbre de la puerta, para que el acceso es posible en ese momento.

Con papel que protejan los zapatos: dentro se pondrá una bolsa con la ropa, realizando un lavado de manos antes de su entrada en la unidad.

No pasa al interior de la habitación, se queda en la puerta y se va a través de un cristal que hay en el fondo de un interfono para

ortante que se respete el horario programado. Está organizado el horario y la atención, de manera que se pueda atender a todos los pacientes que se presenten.

La visita debe notificar al personal de enfermería antes de entregarlo al paciente. El momento y según lo solicite. Será a por el de enfermería o, insistiendo en cada etapa según le

previa a cualquier procedimiento su consentimiento. Que se puedan presentar, tanto a todos los cuidados precisos en el

UTENSILIOS DE USO PERSONAL O DE OCIO AUTORIZADOS

ASEO:
Para usted. Todo el material de aseo es hospitalario. No debe traer nada.

Para su acompañante: Podrá traer sus propios productos, evitando los de fuerte olor, el colado se aguentará durante el trasplante.

Están prohibidos los secadores de pelo. El aire que desprende moviliza los ácaros y hongos que andan en las paredes y en el suelo. Esto es

colutorio

lizar, puede dañar la encía provocando infección y el sangrado consecuencia alérgica excepcionalmente, previa autorización del personal sanitario. La ropa (desechable).

para la cabeza, pillos, colgantes, etc. Pueden producir

brío.

algo es aconsejable que lo corte antes

en toda seguridad este se caerá tras la

recomendamos que corte las uñas

o el uso de tijeras está contraindicado

lente, por el riesgo de sangrado y de

produjera algún corte. Solo se puede

l.

le mando a distancia, por lo que es re-

universal, que se llevará cuando vuel-

radio, móvil, discos y películas.

escritorio deben ser nuevos, y a ser po-

no han sido manipulados). No se pue-

de estudio, ya que están muy mano-

infecciones muy importante).

vió al ingreso lo entregará al personal,

y al respecto,

ará ningún medicamento que no esté

y administrado por las enfermeras de

tratamiento debe notificarlo.

3)

Se le puede presentar de pasar a la habitación. En el teléfono 955012228, poder ayudarle.

Enfermería

Residencia

Unidad de

Residencia

y una

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

Unidad

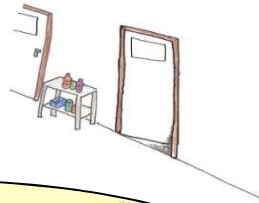
Unidad

Unidad

Unidad

Durante el Trasplante

DURANTE EL TRASPLANTE Paso a la habitación



PROTOCOLO DE CUIDADOS DURANTE EL TRASPLANTE

Higiene:
El baño lo realizará desde arriba hacia abajo, utilizando una toalla jabonosa (material hospitalario) para cada parte del cuerpo, con el fin de no pasar en el caso de que pudiera existir alguna afección, de una parte del cuerpo a otra.

Tras el baño y antes de secar la piel, hidratará esta con vaselina líquida, suministrada por el personal de la unidad. Si usted está recibiendo radioterapia evitará en los días que dure las sesiones el uso de jabón. No rotará la piel con las toallitas de baño, para evitar lesiones. Durante este tiempo el baño se hará solo con agua y para la piel se le proporcionará una crema hidratante específica para el cuidado de ésta tras la radioterapia. Hará hincapié en la atención de los pliegues (ingus, axilas), de la zona de los genitales y especialmente de los hombros. Esta crema debe ser retirada antes de cada nueva sesión de radioterapia, ya que aumenta el efecto calor que tiene la radioterapia sobre la piel.

El acompañante también realizará el baño, siempre después del paciente, todos los días, incluyendo el pelo.

Si el catéter ya no tuviera apósito se lavará con agua y jabón en el baño, utilizando una toalla jabonosa limpia para ello. Si estuviera cuñado, independientemente del tipo de catéter que tenga implantado, se bañará sin miedo a mojarlo. El apósito será cambiado al salir del baño.

Higiene bucal:
Se hará con colutorios tras cada comida como mínimo. El cepillo de dientes de cerdas muy suaves, solo bajo autorización y supervisión del personal sanitario.

Higiene tras el WC:
No utilice papel. Lavar, después de defecar, con agua y jabón, y secar bien. Evitar vaselina o Crema Norelaxan.
Lave las manos después de cada deposición u orina.

Ejercicios y fisioterapia respiratoria:
Es importante que no permanezca siempre en la cama. Deambule por la habitación o haga pequeños ejercicios.
Se le dará un instrumento para hacer ejercicios respiratorios llamado Inspi-
metro. Este instrumento se le dará información sobre su manejo.

Dieta:
Es pasteurizada, o sea, libre de gérmenes. Se presenta en platos, de plástico, sellados.
Todos los días se le pasará la hoja de menús para el día siguiente, donde podrá elegir entre varias opciones de primeros, segundos, guarniciones y postre, así como meriendas y desayunos.
Podrá tomar, tanto usted como su acompañante, frutas, yogur, flan, natillas, leche o infusiones, cuando desee.
La dieta del acompañante será la adjudicada ese día para el hospital, y vendrá presentada igual que la de usted (platos sellados). No viene pasteurizada, por lo que no deben intercambiar alimentos.

Ingesta y pérdidas:
Debe notificar toda la ingesta (agua...etc.) y las pérdidas.
La orina deberá recogerse en un bote que tendrá en el baño, para tal uso.
El control de las pérdidas e ingesta es muy importante, pues de ello depende en muchas ocasiones la utilización de algunos medicamentos u otros.
Las heces si son de consistencia normal se harán en el WC. Cuando estas cambien, pasando a líquidas deberá hacerse en la cuna que hay en el baño, notificándolo al personal, para su cuantificación y control del aspecto.
Si vomita, es recomendable que lo haga en una cazoleta habilitada para ello. Es importante medir las pérdidas ocasionadas por este motivo.

ACTIVIDADES:

Ritmo de la unidad

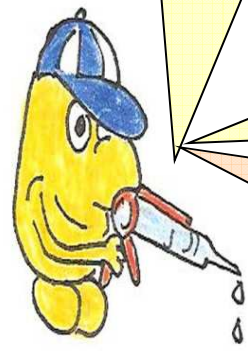
- La enfermera le pondrá la medicación de la mañana a las nueve y medirá los constantes vitales, aprovechando este momento para desparasitarlo.
- Se le pasará la ropa.
- Posteriormente procederá al baño, coincidiendo este con el cambio de ropa de cama, tanto la de usted como la de su acompañante.
- Desayuno y enjuagues bucales.
- Limpeza de habitación.
- Cura del catéter y cambio de todo el material utilizado para el paso de los sueros y tratamientos, si le corresponden.
- Visita médica.
- A las 13 h, si no hay nada que lo impida, entrará la visita, que permanecerá hasta las 14.
- A las 14 el almuerzo.
- Se vuelve a limpiar la habitación.
- A las 17h aproximadamente se le ofrecerá la merienda.
- A las 19 y hasta las 20 h, la visita.
- De 20.30 a 21 h se le ofrecerá la cena.
- Si le apetece tomar algo antes de dormir, a usted o a su acompañante, lo comunicará al personal.
- De 6.30 a 7 de la mañana se le extraerá la analítica al proceder.

El tratamiento tiene diversos horarios que ya se le irá informando según corresponda.



Desde la entrada a la unidad hasta la proximidad al alta

Comienza con la entrada a la habitación, pasando después a los cuidados y el ritmo de la unidad



Acondicionamiento
Aterresis

Algorismo
Aspecto
Análisis
Analgesia
Anemia
Anorexia
Anticoagulante
Artroscopia

Artritis

Artrogénico

Artroscopio
Artrosíntesis
Artrosis
Aspirar

Autólogo
Bacteria
Bilirrubina

Bioidoneidad
Cáncer
Cáncer venoso

Coito
Coloide
Compartimentación
Cristalino
Dacron

Dietética
Duramix
DMGQ

EICH
EKG
Electrocardiograma
Enfermedad
Enfermedad mortal conjunta hulesper

Enzima
Entero
Erupción
Error de medición
Factor del implante
Femoral
Femoror
Fluoroscopia

Granulocitos

Hematite

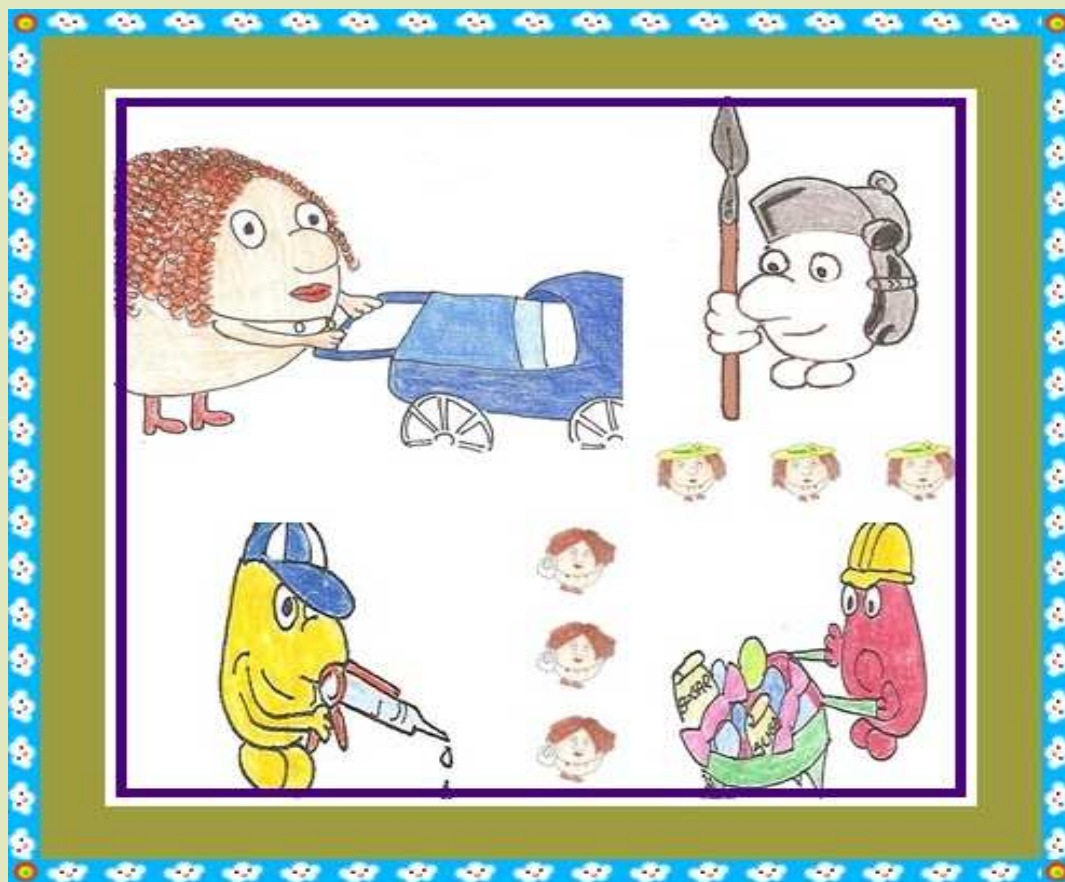
Hemoglobina

Hereditaria
Heptamina
Hipertensión

[illegible]

5

A cartoon character of a painter with a large nose, wearing a grey cap and holding a paintbrush.



Y sin más,
la familia
se despide hasta otra
ocasión

Muchas gracias
por
vuestro tiempo