III TOMO DE LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL: PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Julio 2018

III TOMO DE LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL: PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD.

1ª Edición Julio 2018

Fecha publicación: 12/07/2018

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA). Inscrita en el Registro Nacional de Sociedades Científicas con número 611948.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

ISBN: 978- 84-09-01921-2

Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión en España, por SOCIFOSA

Email: Contacto@cienciasanitaria.es

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 1. CUIDADOS DE LA PIEL EN PACIENTES CON ÚLCERAS KENNEDY.

GEMA MARÍA HIERRO LÓPEZ

TEMA 2. AVANCES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA, MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA, JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

TEMA 3. DE BURNOUT Y LA ENFERMERIA

ISABEL GALLARDO GARCIA, EVA MARIA BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA

TEMA 4. PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

MIRIAM GARCÍA LÓPEZ

TEMA 5. TRASTORNOS, CALIDAD DEL SUEÑO Y ALIMENTACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCION ESPECIALIZADA.

CARMEN GARCÍA VELÁZQUEZ

TEMA 6. TALLER DE NUTRICION , SALUD Y MEDIO AMBIENTE
MARIA ISABEL MARTÍNEZ GÜEMES

TEMA 7. INTERVENCIÓN EN CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

RICARD CONDE TORRES, MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO, MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

TEMA 8. LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN CANCER DE MAMA

TANIA REPRESA PASTOR

TEMA 9. ¿COMO PREVENIR LAS INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA VESICAL?

EVA Mª BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 10. ADAPTACIÓN DEL ANCIANO AL CENTRO RESIDENCIAL

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO, MARTÍN IGLESIAS VILANOVA, RICARD CONDE TORRES

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 11. CODIFICACIÓN DEL EMBARAZO POSTÉRMINO CON CIE 10-ES
MIRIAM OLIVER SEGURA, JUANA GOMEZ FERNANDEZ

TEMA 12. ¿ES LO MISMO EUTANASIA QUE SEDACIÓN PALIATIVA? UNA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. PARTE IV

CRISTINA TUDELA BLAYA

TEMA 13. DIETOTERAPIA EN LA DEMENCIA SENIL EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ, PATRICIA AVELLANEDA CODINA, MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

TEMA 14. EL TCAE ANTE EL ABUSO SEXUAL

PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ

TEMA 15. EL TCAE Y EL MALTRATO A LOS ANCIANOS. "SOY HUMANO"

ADRIÁN ÁLVAREZ FERRER

TEMA 16. EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

SILVIA GUERRERO ROJAS

TEMA 17. RAYOS X Y RIESGO RADIOLÓGICO

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

TEMA 18. LUPOS ERITEMATOSO SISTÉMICO. AFECTACIÓN DE LA PIEL Y AFECTACIÓN SOCIAL.

MARIA ÁNGELES CÁNOVAS SAURA, GREGORIA CASTEJÓN CARRIÓN

TEMA 19. EL MÉTODO DE MANTOUX Y EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

MOISÉS ORTIZ ARRÉS

TEMA 20. PAPEL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DESENCADENANTE DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 21. AFRONTAMIENTO PERSONAL ANTE EL DIAGNOSTICO DE DIABETES
EVA ARRUFAT GASULLA

TEMA 22. PROBLEMA SOCIAL EN ANCIANOS

LAURA CARMONA HERRERÍAS, MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA, CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

TEMA 23. CODIFICACION CIRUGIA DE CONFIRMACION DE SEXO CON CIE-10
JUANA GOMEZ FERNANDEZ, MIRIAM OLIVER SEGURA

TEMA 24. REVISIÓN SISTEMÁTICA: LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR DE LOS ABUELOS/AS QUE CUIDAN A SUS NIETOS.

LAURA ARANDA RUBIO, MARA ALONSO ALGARABEL, MARTA ARAGÜÉS GARDE, BÁRBARA FATÁS CUEVAS

TEMA 25. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E) EN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

NAHIA ARRAIZA GULINA, ISABEL CELAYA CALVO, AMAIA CORUJO ELIZALDE, IDOIA LAPARTE CAMPO

TEMA 26. TOXOPLASMOSIS CONGENITA PREVENCIÓN PRIMARIA

EVA TÉLLEZ MÁRQUEZ

TEMA 27. VARIEDAD Y EQUILIBRIO EN LOS MENÚS DE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA, PATRICIA AVELLANEDA CODINA, JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

TEMA 28. ENFERMERÍA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA, RICARD CONDE TORRES, MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

TEMA 29. ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE LA APARICIÓN DE ADICCIONES EN NUESTRA SOCIEDAD A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

TEMA 30. LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SANITARIA PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

PALOMA MEDINA DE DIOS

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 31. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA CUANDO HAY SÍNTOMAS DE ANSIEDAD GENERALIZADA
ANA GARCÍA-DANTAS

TEMA 32. ¿RESULTA BENEFICIOSA LA DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTO OCULAR (EMDR) PARA EL TEPT (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO) EN POBLACIÓN INFANTIL?

ANA GARCÍA-DANTAS

TEMA 33. CASO CLÍNICO: VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL

TEMA 34. EFECTOS CARDIOVASCULARES DEL CONSUMO DE MARIHUANA

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ PATRICIA GONZALEZ ROBLES

TEMA 35. ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL MOVIMIENTO ANTIVACUNA

LIDIA MELLADO MARTÍN

TEMA 36. PROBIOTICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CRISTINA SANCHEZ SANHEZ

TEMA 37. FACTORES AMBIENTALES ASOCIADOS A LA HIDATIDOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN, ANTONIA DEL AMOR CANTERO SANDOVAL, JOSÉ NICOLÁS GÁLVEZ, MARÍA INMACULADA ARJONA LÓPEZ

TEMA 38. INFECTIVIDAD Y EXPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD CREUTZFELDT-JACOB (ECJ)

PATRICIA CARRILLO GUTIÉRREZ, JULIA MARÍA BLANCO MARTÍN, MARTA GONZÁLEZ DE LA PARRA

TEMA 39. INFLUENCIA DE LA DEMENCIA EN LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

TEMA 40. SATISFACCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y DEMANDAS DE MEJORA EN EL COLECTIVO ATENDIDO CON UNA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA
MARIO PARREÑO JAREÑO, INMACULADA CARCELÉN RODENAS, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 41. SEGURIDAD AMBIENTAL EN EL MANEJO DEL METOTREXATO

Mª REYES BARRERA RODRÍGUEZ, ELOISA CALDUCH CATROFE, ANA FERNÁNDEZ HUERTAS

TEMA 42. RIESGO BIOLÓGICO CON SANGRE CONTAMINADA Y SEGURIDAD DEL PERSONAL ANTE ACCIDENTES PROFESIONALES SANITARIOS

VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN, Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

TEMA 43. ANTÍGENO DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS) POSITIVO EN NEONATO CON BRONQUIOLITIS AGUDA

MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ, MARTA GALLARDO BENASACH, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

TEMA 44. INSTRUMENTAL CLÍNICO EN CONSULTA DE HIGIENISTA DENTAL: RIESGOS DE PINCHAZOS Y CORTES

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, MARTA GALLARDO BENASACH, Mª JOSÉ ROCA SOLANA

TEMA 45. HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (HDFVVC) PARA TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN GRAVE POR VALPROATO DE SODIO

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

TEMA 46. FUTURAS INNOVACIONES CENTRADAS EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

MARÍA EULALIA VERA NIETO, NELIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ

TEMA 47. DIABETES MELLITUS INDUCIDA POR LA TOMA DE OLANZAPINA

CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDO BENASACH.

TEMA 48. CONSUMO DE ALCOHOL

BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN, RAQUEL GAITANO ESCRIBANO, MARTA ESPINOSA ATANCE

TEMA 49. ABORDAJE DEL DUELO PATOLÓGICO

EVA Mª BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 50. LACTANCIA MATERNA: DIFICULTADES DE LAS MUJERES PARA PODER AMAMANTAR

DAVID REVELLES PASADAS

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 51. DIETA RECOMENDADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA

ISABEL GALLARDO GARCIA, RAQUEL PARDO SALAMANCA, EVA MARIA BLANCO LOPEZ

TEMA 52. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE

MANUEL GARCÍA FENOLLOSA

TEMA 53. ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN

TEMA 54. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARTA ESPINOSA ATANCE, BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN, RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

TEMA 55. CÁNCER DE COLON: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO, MARTA ESPINOSA ATANCE, BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN

TEMA 56. RESISTENCIA AL CAMBIO

MIRIAM ASENJO GARCÍA

TEMA 57. VIOLENCIA DE GENERO: UN RETO PARA EL S.XXI

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPIN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, MARIA EULALIA VERA NIETO

TEMA 58. DIFERENCIAS HEMISFÉRICAS CEREBRALES

PEDRO PADILLA ROMERO, MARÍA TERESA LÓPEZ ARTEAGA

TEMA 59. CASO CLÍNICO DE GESTANTE A TÉRMINO MARROQUÍ RECIÉN LLEGADA A ESPAÑA PARA DAR A LUZ

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Mª EULALIA VERA NIETO

TEMA 60. ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

CRISTIAN GARVÍN CAMPANARIO, LIDIA RAMÍREZ GALAFATE

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 61. TE GUSTAN LOS PIERCINGS O TATUAJES. PIÉNSATELO

RAQUEL PARDO SALAMANCA, EVA Mª BLANCO LOPEZ, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 62. REPRESENTACIONES DE LA VEJEZ, ESTEREOTIPOS Y ANTROPOLOGÍA DE LAS EDADES

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO, BERNABÉ ANTONIO FERNÁNDEZ NAVARRETE

TEMA 63. LA DEPRESIÓN

M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN

TEMA 64. CASO CLÍNICO: ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

NIEVES ASENCIO LÓPEZ, MARIA EULALIA VERA NIETO, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPIN

TEMA 65. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS. UN ENFOQUE A LOS GRUPOS VULNERABLES

JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO, ROCÍO MORENO SÁNCHEZ., MARÍA ÁNGELES MORENO SÁNCHEZ.

TEMA 66. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE RECIDIVA TARDÍA DE CÁNCER DE MAMA EN COLON.

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDOBENASACH, CRISTIAN ROMOSAN

TEMA 67. LA PROBLEMÁTICA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL S. XXI

IVÁN ORTEGA MIRALLES

TEMA 68. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LABORATORIO EN MUESTRAS CON SOSPECHA DE PAROTIDITIS

Mª ELENA RUÍZ SERRANO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA, Mª JOSE ROCA SOLANA

TEMA 69. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS FETALES Y PRENATALES MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA

CECILIA GRAU LÓPEZ, ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

TEMA 70. CONFIANZA DEL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO CON AISLAMIENTO INVERSO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Mª DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO, CECÍLIA GRAU LÓPEZ, ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 71. ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL EN NIÑOS. IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS.

PATRICIA ADRADOS GÓMEZ, MAGDALENA DOS SANTOS MORENO, MONTSERRAT ZAMBRANA GUIRADO

TEMA 72. BOURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA: CASO CLÍNICO

MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON.

TEMA 73. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ANOREXIA NERVIOSA

DAVID PÉREZ BERENGUER

TEMA 74. BIOSEGURIDAD Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES SANITARIOS CON EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS DEL GRUPO 4
ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO, CECILIA GRAU LÓPEZ

TEMA 75. USO DE ANTIPSICÓTICOS EN ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

TERESA LÓPEZ ARTEAGA, PEDRO PADILLA ROMERO

TEMA 76. CALIDAD Y ERGONOMÍA EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

TEMA 77. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

TEMA 78. PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN EL AMBITO SANITARIO

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

TEMA 79. ACTIVIDAD FISICA EN PERSONAL DE ENFERMERIA

DIEGO HERRERA GONZÁLEZ, CRISTINA GUZMÁN PÉREZ, ROGELIO JOSÉ RODRIGUEZ PÉREZ, PILAR DORANTES ROMERO

TEMA 80. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

IGNACIO SALGUERO TEJADA, SOFÍA MARÍA ESPIAU GONZÁLEZ

TEMA 1. CUIDADOS DE LA PIEL EN PACIENTES CON ÚLCERAS KENNEDY.

GEMA MARÍA HIERRO LÓPEZ

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.

2.- CURIOSIDADES DE LAS ÚLCERAS KENNEDY.

3.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

4.-CONCLUSIONES.

5.-BIBLIOGRAFÍA.

1.- INTRODUCCIÓN.

Las úlceras por presión, son la consecuencia de la isquemia que se produce en alguna zona del cuerpo en la cual no tiene un buen riego sanguíneo, ya que está en una continua presión. Esto da lugar a la necrosis de varios tejidos e incluso al músculo, afectando según la zona al hueso y articulaciones.

Podemos decir que el nombre de esta úlcera proviene del descubridor Karen Lou Kennedy en 1983, la cual afecta más a pacientes inmunodeprimidos con patologías terminales, como los de oncología.

2.- CURIOSIDADES DE LAS ÚLCERAS KENNEDY.

Las úlceras kennedy, suelen salir en la parte del sacro, codos, piernas, omoplato, talón o hasta incluso las mamas.

Lo curioso, es que suele tener una forma muy peculiar en forma ovalada o incluso en forma de mariposa de un color rojizo, que se vuelve amarillo y termina de color ennegrecido, las cuales parecen que están superficiales, pero al poco tiempo se vuelven bastantes profundas.

Una vez que se van detectando este tipo de úlceras, van empeorando los pacientes hasta llegar a la muerte en pocos días o semanas de aparecer estas escaras.

3.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los cuidados básicos de las úlceras son:

-Cambios posturales cada dos o tres horas, en úlceras normales, pero en las Kennedy no le sirven para nada.

-Las curas se pueden realizar con varios productos, como los apósitos de alginato de calcio, espuma poliuretano o hidrocoloide, de plata, apósito de fibras de poliacrilato, cremas hidratantes, cremas a ayuden a desbridar un poco según la herida, crema óxido de zinc,..

-Tenemos que tener mucho cuidado con el olor y el dolor que pueden provocar estas úlceras, manteniéndolas siempre bastantes secas.

-Evitaremos el desbridamiento mecánico en esas zonas, manteniéndolas bien limpias y protegidas, así que sería sobre todo osmótico y enzimático, ya que con el mecánico podemos provocar más daño en la zona.

-Pondremos almohadas en zonas de más riesgo, al igual que taloneras cochón antiescaras, para evitar la presión en esa zona.

-Tenemos que tener la mucha precaución para que le paciente no sufra mucho dolor, ya que al estar casi en fase terminal, esas heridas le molestan bastante y tenemos que seguir la pauta de analgésicos que nos indique el médico.

-Colaborar y participar con los familiares en cualquier actividad que podamos mejorar la calidad de vida del paciente, según sus circunstancias.

-La alimentación es fundamental, sobre todo rica en proteínas por lo que evitaremos una desnutrición e deshidratación del paciente.

-Mantener las sabanas y el pijamas limpias, sin arrugas.

-Se le puede realizar masajes en zonas con prominencia ósea para evitar para aparición de úlceras.

-Realizar una toma de muestra de zonas infectadas, para realizar un cultivo y programar su cuidado.

4.-CONCLUSIONES.

Tenemos que tener en cuenta, que una vez detectadas estas escaras, el paciente puede morir en horas o llegar como máximo varias semanas de vida, así que tenemos que darle la mejor calidad de vida en lo poco que le quede.

5.-BIBLIOGRAFÍA.

1.- Vega Suárez, Leddy Patricia; Sánchez Cueto, María. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión. Nuberos científica (2017-2018) 3(23):39-46.

2.- Alconero-Cmarero, A.R; Ibañez-Rementería, M.I. Adecuación del método científico en cuidados intensivos: paciente con úlcera terminal de Kennedy. Enfermara Intensiva (2017) 28(3):135-136.

TEMA 2. AVANCES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 DESEQUILIBRIOS NUTRICIONALES
    4.3 ALIMENTOS FUNDAMENTALES EN LA DIETOTERAPIA
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El empeoramiento de las costumbres alimenticias ha provocado la aparición creciente de enfermedades mentales en los últimos años. El aumento del consumo de alimentos procesados, la poca adherencia a la ingesta de frutas, verduras y pescado fresco, sumado al patrón nocivo de alimentación del ganado son los principales causantes de esta nueva epidemia de nuestro siglo.

Los datos son alarmantes: las personas consumen un 35% menos de verduras, y un 67% menos que hace 50 años. Así pues, la mala aceptación de las dietas occidentales están originando graves trastornos alimenticios, que a su vez desencadenan en trastornos mentales, siendo la depresión la figura más expresiva de estos últimos: “La dieta occidental favorece estados de inflamación crónica, que se encuentran presentes en enfermedades mentales como la depresión.” (Celorio y Moto, 2017).

Por otro lado, diversos estudios se han interesado por las enfermedades crónicas colaterales de estos desórdenes, destacando una reducción significativa de la esperanza de vida en estos/as pacientes (Galletero, 2011). Por ejemplo, la depresión tiene una relación directa con la diabetes tipo 2 (Díez y Cols., 2014).

La segunda de las grandes enfermedades colaterales es la obesidad, si bien es cierto que hay que resaltar que ésta no es la causa de la enfermedad, sino efecto de la misma; su desarrollo se debe a una falta de control a la hora de saciar el hambre, una ausencia de ejercicio y problemas afectivos (Cordella, 2008).

Cabe mencionar que la investigación del tema que nos ocupa, y más concretamente la relación que une el cerebro a la nutrición, ha sido una de las grandes olvidadas, dejando un vacío y una carencia de avances muy significativos respecto a otros campos.

Aún así, algunos trabajos se han atrevido a estudiar clínicamente algunos alimentos, demostrando sus efectos beneficiosos en pacientes con trastornos mentales. Tal es el caso de los ácidos grasos, grandes promotores de la mejora de pacientes con depresión (Rodríguez y Solano, 2011).

La depresión sigue siendo la enfermedad preferida en la interrelación dietética / enfermedades mentales, aunque se empiezan a abrir nuevos horizontes con el despertar de un cierto interés hacia otras enfermedades como la esquizofrenia o el Alzheimer (Gómez, 2007).

Por todo ello, resulta imprescindible familiarizar y formar al conjunto de profesionales con alguna intervención a lo largo de todo el proceso alimentario hospitalario, más aún teniendo en cuenta la evidente carencia de evidencias asentadas científicamente.

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento del conjunto de profesionales sobre la relación que une la nutrición a los trastornos mentales.
- Determinar los alimentos beneficiosos en el tratamiento nutricional de pacientes con trastornos mentales.
- Describir las principales características de estos alimentos.
- Recordar la imperiosa intervención de las administraciones sanitarias en el aumento de gasto para inversión e investigación de enfermedades expansivas y generalmente relegados a un segundo plano, además de la obligada colaboración e implicación de los/las propios/as profesionales de la salud.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “trastornos mentales”, “restauración hospitalaria”, “alimentación”, “beneficios”, “dietas”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

La bibliografía entorno a los trastornos mentales no es tan exhaustiva como aquella que vierte sobre otras enfermedades (diabetes, cáncer), lo que reduce aún más la prevalencia de aspectos nutricionales relacionados con este tipo de enfermedades. Contados artículos de revisión se ciñen en proponer recomendaciones dietéticas generales, pero no profundizan de manera mucho más específica entre las distintas líneas de investigación abiertas desde hace tanto tiempo.

Después de un vacío de 10 años, parece que este tema está retomando fuerza, gracias a un magnífico trabajo llevado a cabo por investigadores españoles, en el que se ofrecen resultados de experimentos que dejan entrever algo de esperanza en cuanto a avances se refiere (Pérez, Jasso y López, 2017).

4.2 Alimentos beneficiosos

A continuación se ofrecen alimentos cuyos beneficios sobre la salud cerebral están ya consolidados o en proceso :

- Los arándanos: mejoran la memoria y el estrés oxidativo neurodegenerativo.
- El aguacate: refuerza la presión arterial, reduciendo los riesgos de sufrir accidentes cerebrovasculares.
- Las nueces: con su alto contenido en Omega 3, protege el envejecimiento cerebral gracias a sus antioxidantes naturales.
- El pescado azul: la caballa, la sardina, el salmón, etc., por su aporte en ácidos grasos, han sido confirmados como grandes baluartes de las dietas, llegando a reducir el riesgo de padecer Alzheimer hasta en un 60%.
- El apio: su alto contenido en luteolina calma la inflamación del cerebro.

- El café: con sus propiedades antioxidantes, rebaja la inflamación del cerebro y el consiguiente deterioro cognitivo.
- La cúrcuma: especia antioxidante y a la vez antiinflamatoria, constituye un gran neuroprotector.
- Los cereales, la verdura y el pescado: con la vitamina B6 que contienen, ayudan a mantener la correcta salud del cerebro.
- Los kiwis, pimientos, espinacas, piña y mango: la presencia de vitamina C es un fundamento más, al igual que el anterior.
- La leche, huevos, plátanos, legumbres, nueces: ricos en proteínas, poseen mucho triptófano, un neurotransmisor de serotonina primordial para el cerebro.
- La soja, cacahuetes, almendras: por su fenilamina, tienen una acción antidepresiva.

- El chocolate, la avena, el marisco: el magnesio presente en estos alimentos permite equilibrar el nerviosismo muscular.
- Cereales integrales y verduras: los carbohidratos se transforman en azúcar, un componente vital para el funcionamiento del cerebro.
- La carne, las legumbres, los mejillones: la aportación de hierro permite evitar la aparición de anemia y una bajada del estado de ánimo.
- Los tomates, el brócoli, el repollo: la uridina presente en estos alimentos favorece la conexión entre las neuronas.
- El gingseng: su efecto estimulante es fundamental para la actividad cerebral.
- Las patatas, lentejas, pepinos: gracias al litio, disminuye l sensación de cansancio y mejora el humor.
- Lácteos y derivados, almendras: su ingesta diaria es indispensable para el estado de ánimo, evitando la fatiga.

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- Hay que prestar especial atención en no caer en falsos mitos: se suele pensar que a mayor ansiedad mayor ingesta de alimentos, pero no es así, ya que ese impulso depende de la actividad del cerebro. De ahí la importancia de dar más fuerza al campo de la dietética y nutrición.

- Es necesario recalcar que la alimentación de pacientes con trastornos mentales es diferente según los casos, por lo que se deben identificar las costumbres alimentarias a la mayor brevedad posible para una adaptación de la dieta.

- Es vital que estos/as pacientes se encuentren bien nutridos/as en su vida cotidiana, más teniendo en cuenta las restricciones con las que han de convivir por culpa de la propia enfermedad. La sanidad tiene que alcanzar esos retos que den respuesta y esperanza no solo a los/las propios/as pacientes, sino también a sus familias.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Celorio Fries GM, Mota López MA. Salud mental y nutrición: una revisión sistemática [citado el 28 may 2018]. Disponible en: www.codem.es.
- Cordella P. ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades (DSM-IV)? Rev Chil Nutr. 2008; 35 (3): 181-187.
- Díez Canseco F y Cols. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no trasnmisibles en el Perú. Rev Per Med Exp. 2014; 31 (1): 131-136.
- Galletero López JM. Nutrición y enfermedad mental. Marcadores bioquímicos en el trastorno bipolar. Zainak. 2011; 34: 323-334.
- Gómez Ayala AE. Nutrición y enfermedad mental: esquizofrenia y ácidos grasos Omega 3. Farm Prof. 2007; 21 (3): 60-63.

- Pérez Ramírez BY, Jasso Molina JA, López Ortíz MM. Evaluación del estado nutricio en pacientes con trastornos psiquiátricos en una unidad hospitalaria. Nutr Clin Diet Hosp. 2017; 37 (1): 24-33.
- Rodríguez A, Soriano M. Nutrición y salud mental: revisión bibliográfica. Rev Pos Psiq (UNAH). 2008; 1 (3): 1-5.

TEMA 3. DE BURNOUT Y LA ENFERMERIA

ISABEL GALLARDO GARCIA

EVA MARIA BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

El “Síndrome de Burnout” es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es una patología con elevada prevalencia en nuestro medio. El personal de enfermería es el colectivo con mayor prevalencia dentro del ámbito sanitario. Esto puede ser debido a la continua exposición a situaciones difíciles y a las características del puesto (sobrecarga, ambigüedad de rol, carencia de recursos, exposición a traumas,…) Puede tener repercusiones psicosomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales en la persona que lo sufre. A nivel institucional causa ausencias, baja calidad del cuidado, deshumanización de la asistencia y baja productividad e intención de abandonar la profesión.

El síndrome de burnout (SB) o desgaste profesional, es **un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima.**
Se considera como una etapa avanzada del estrés laboral derivada de un estado crónico afectando la salud de los profesionales del área de la salud, la productividad en la organización así como en la salud de los pacientes. De esta manera, el profesional de Enfermería estaría limitado para brindar un cuidado de calidad.

2. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es conocer en qué consiste el burnout, los efectos que produce en el personal que lo padece y en la institución y, sobre todo, cómo podemos prevenirlo.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en base de datos con pubmed, medline y IBECS desde el año 2011 hasta la actualidad.

PALABRAS CLAVE: Burnout, Enfermería, Agotamiento profesional, satisfacción en el trabajo, diagnósticos de enfermería, evaluación de procesos.

4. RESULTADOS

Según los estudios revisados distintas intervenciones han demostrado una eficacia y efectividad en la utilización de las mismas, previniendo y/o disminuyendo casos de agotamiento profesional.

4.1 TECNICAS EMPLEADAS:

•Técnicas de relajación: meditación yoga y control de respiración.

•Técnicas de equilibrio personal reforzando el optimismo y la autoestima traduciéndose en una mejor relación con los demás.

•Terapias para la adquisición de habilidades para la resolución de problemas.

•Terapia de aceptación/compromiso.

•Creatividad.

•Estrategias de comunicación.

5. CONCLUSIONES

Trabajar y reforzar en habilidades preventivas consiguiendo unos profesionales de la salud con la capacidad necesaria de afrontación al estrés diario, teniendo un menor riesgo de desarrollar un síndrome burnout, dando con ello una mejora atención a los usuarios y habiendo mejora de funcionamiento en el sector sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

• Vaquero Díaz S. Perales Molina S. Sindrome de burnout en enfermería de atención primaria: Factores, manifestaciones y prevención. Hygia de Enfermería: Revista científica del colegio , ISSN 1576-3056, Nº92,2016.

• BMJ Open. 2018 Apr 13;8(4):e021193. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021193.

• Mª Dolores Torres Moreno-Cid*, Sara Sánchez Castro**, Ana Belén Salamanca Castro**
*Enfermera Hospital Infanta Cristina de Madrid. **Enfermera del Departamento de Investigación FUDEN. Revista Enfermería Docente 2015; julio-diciembre (104): 39-43 ISSN 2386-8678

• Barragan A. B., Marcos A., Cardila F., Molero M., Pérez-Fuentes M del C. y Gázquez J.J. (2016). Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. European Journal of Health Research, 1(1), 5-14.

TEMA 4. PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

MIRIAM GARCÍA LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ¿QUÉ ES EL BURNOUT?
- TEORÍAS
- ¿CÓMO SE DETECTA?
- FACTORES INFLUYENTES
- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En el ambiente laboral los estresores están presentes continuamente y son llamados estresores ocupacionales capaces de generar sentimiento de ansiedad, miedo, tensión o amenaza que surgen durante el ejercicio de las actividades profesionales y requieren respuestas adaptativas por parte de los empleados, en ocasiones estas repuestas adaptativas fallan por elevado estrés en el trabajo, y aparece el denominado síndrome de Burnout. (1)

La búsqueda y aplicación de estrategias como solución para retrasar la aparición del síndrome de ‘’burnout” entre los profesionales de enfermería y de esta forma evitar las consecuencias del mismo, así como enfocar la prevención de este síndrome como una oportunidad para mejorar en calidad asistencial.

¿QUÉ ES EL BURNOUT?

Históricamente burnout proviene del anglosajón y se entiende en castellano como ‘’estar quemado”, que expresa un tipo de estrés laboral crónico, generado en colectivos que trabajan en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas.

El burnout aparece cuando el estrés relacionado al trabajo sobrepasa los niveles adaptativos y llega a ser crónico, un tipo específico de estrés crónico asociado al ámbito laboral en relación las demandas psicosociales del trabajo directo con personas.

(2,3,4,5)

El primer estudio que se refirió al burnout se publicó en la década de los 60 por Bradley, pero no es hasta 1974 cuando Herbert Freudenberger, un psiquiatra estadunidense, describió el burnout por primera vez desde una perspectiva clínica. (3,5)

Es en 1976, con los estudios realizados por la psicóloga Cristina Maslach cuando adquiere verdadera importancia el síndrome del burnout, lo describe como un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional (fatiga, desgaste y cansancio), despersonalización (actitudes cínicas y sentimientos negativos) en torno a los pacientes y reducida realización personal (tendencia a evaluarse negativamente) (3,5)

TEORÍAS

De las distintas aproximaciones teóricas hay tres modelos que gozan de mayor consolidación, las cuales son:

- **La teoría ecológica**
- **La teoría social y de las organizaciones**
- **La teoría cognitiva.** (5)

La teoría ecológica, explica el burnout como un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta participa la persona. (5)

La teoría social y de las organizaciones, entiende el burnout como el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores.

La teoría cognitiva, por parte del sujeto, no es tanto la situación, como la percepción de la misma, la que genera el agotamiento profesional; de este modo que una situación resulte estresante depende de sus esquemas mentales. Cada persona percibe una misma situación de diferente forma, por lo que los mismos hechos pueden ser o no estresantes dependiendo de la persona. (5)

El profesional se quemará o no dependiendo de su forma de entender la relación con los clientes o receptores del servicio, el ideal de actuación sería un interés distante, un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. (5)

¿COMO SE DETECTA?

Este síndrome se manifiesta por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo somático como hipertensión, cefaleas, problemas gastrointestinales, disminución de peso, fatiga, insomnio...

En el espacio emocional se revela como frialdad, incomunicación con el usuario, baja autoestima, apatía, irritabilidad, escasa valoración del trabajo, disminución de la concentración, etc.

Y en el ámbito conductual se presenta el absentismo laboral, actitudes poco colaboradoras y sarcásticas, comportamiento agresivo, abuso de alcohol y otros tóxicos; pudiendo provocar también alteraciones en la vida social y familiar.

(2,3)

FACTORES INFLUYENTES

Entre los factores que influyen, se encuentran los individuales; la capacidad para manejar situaciones estresantes o habilidades para las relaciones interpersonales; y los factores socio-demográficos y factores institucionales; como la carga de trabajo o las posibilidades de desarrollo profesional. (3)

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. (4)

Una característica de la enfermería como profesión que puede aumentar el riesgo de burnout es el trabajo con personas que padecen sufrimientos, ya que, existe una relación constante y directa con estas personas. Sin embargo, existe un perfil de riesgo para el desarrollo de este síndrome, se trata de personas idealistas, optimistas y entregadas en exceso al trabajo. (3,6)

En España, la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10-11- 1995) al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales.

Incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más saludables, ya que dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de burnout ocupan un lugar destacado debido a que son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo y fuente de accidentabilidad y absentismo. (4,5)

Una sentencia reciente del Tribunal Supremo octubre 2000, ratificando la sentencia del 2 noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de burnout como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal y como un accidente laboral. (4)

Una sentencia reciente del Tribunal Supremo octubre 2000, ratificando la sentencia del 2 noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de burnout como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal y como un accidente laboral. (4)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Dentro de las estrategias de afrontamiento, existen dos tipos relacionadas con los factores asociados a la aparición del burnout: organizacionales y personales. (6,7,8) **Las estrategias organizacionales, las deben crear las empresas, son las siguientes:**

- **Diseñar horarios de trabajo que eviten conflictos con las tareas extrahospitalarias, los trabajos a turnos han de ser fijos y predecibles.**
- **Incrementar la autonomía del trabajo**
- **Fomentar la participación en la toma de decisiones**
- **Planificar un horario flexible por parte del trabajador que permitiese adaptarlo a sus necesidades personales y familiares**

- **Compatibilizar la asignación de trabajos con las capacidades y recursos del trabajador, permitiendo periodos de recuperación física o psíquica cuando sea necesario.**
- **Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo**
- **Enriquecer los trabajos incorporando autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma**
- **Limitar el número de personas a atender**
- **Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara**
- **Proporcionar oportunidades de aprendizaje continuado y de desarrollo de la carrera profesional.** (6, 7)

Las estrategias de afrontamiento personales sin embargo dependen del profesional; dentro del nivel individual se distinguen los siguientes tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales. (6, 7)

Para la reducción del estrés y las emociones existen diversas técnicas entre las que cabe destacar:

- **Las de relajación.**
- **El biofeedback.**
- **Las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva**
- **Resolución de problemas.**
- **Entrenamiento de la asertividad.**
- **Fomentar habilidades de afrontamiento.**
- **Las técnicas de autocontrol, dirigidas a las consecuencias conductuales.** (6, 7)

Las actitudes también son un aspecto importante en las que destacan; la autoestima, el auto-reconocimiento de los propios logros, profesionales y personales. Evitar la implicación personal con el paciente, la relación debe ser profesional. (6,7)

Favorecer la autonomía, responsabilizando al paciente y familia también de su autocuidado; huir de los paternalismos y la frustración. La asertividad; ser capaces de defender adecuadamente nuestros derechos como profesionales ante el paciente, la familia y el equipo de trabajo. (6,7)

El acercamiento al paciente; fomentar la relación de ayuda, trabajar la comunicación eficaz y la empatía, favorecer la individualización de los cuidados a partir de cada paciente y caso. La motivación; continuar la formación, interesarse por la investigación, recuperar la ‘’vocación”. (6, 7)

Dentro de las habilidades de autocontrol debemos comentar las siguientes:

- **Estrategias de desconexión como es cuidar el ocio y las relaciones personales.**
- **Técnicas de relajación como pueden ser la respiración, relajación muscular, autógena, visualización.**

- **Las habilidades sociales como la asertividad, comunicación eficaz, método de resolución de problemas.**
- **Cuidar las relaciones con el equipo dedicar tiempos a la comunicación (tomar un café juntos) aprender a delegar, trabajar en equipo.** (6, 7)

El síndrome de burnout lleva al sentimiento de la escasa realización personal y a un proceso de despersonalización profesional que genera consecuencias directas en la atención y cuidados haciendo que estos se vean mermados.

Debemos por ello atender a los profesionales sanitarios si queremos que la calidad asistencial permanezca y con ello se cubran los objetivos básicos para los que estos servicios han sido creado. (5) **Las estrategias de afrontamiento para la prevención ante el riesgo de padecer burnout están indicadas para llevarlas a cabo por los profesionales de enfermería y por la organización o institución.** (7,8)

CONCLUSIONES

El síndrome del quemado o burnout tiene mayor prevalencia dentro del colectivo de enfermería, puede ocasionar serias consecuencias para el profesional que lo sufre, e indirectamente al usuario/paciente y a la institución o servicio en el que se trabaje. (5,7)

La enfermera debe ser atendida por parte del organismo o institución para los que presta sus servicios. La solución ante el riesgo de padecer burnout es acercar a este colectivo, estrategias de afrontamiento. (6)

Este síndrome puede presentarse por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos psicológicos, afectivos, emocionales, humanos, materiales, etc. (5,7)

Puede desembocar en el abandono de la profesión y si esto no es posible, en buscar ciertas vías de escape como estudiar otra carrera o desarrollar puestos relacionados con la gestión, en un intento real o imaginario de alejarse del contacto directo con personas. (6)

Las consecuencias que ocasiona el síndrome de burnout son las siguientes; disminución de la satisfacción laboral, elevación del absentismo laboral, abandono del puesto y/u organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios, aumento de la rotación laboral, incremento de accidentes laborales.

El deterioro de la calidad asistencial y el absentismo laboral son de las consecuencias más comunes dentro de las ocasionadas por el burnout. Por lo que las estrategias y las propuestas creadas forman un engranaje importante para poder conseguir una calidad asistencial.

(5,7)

La forma de evaluar la efectividad de las estrategias será siempre a largo plazo, comenzando con la evaluación de las enfermeras mediante la NSS (Nursing Stress Scale) junto con MBI (Inventario de Burnout de Maslach) y seguidamente una recogida de datos de prevalencia mediante los indicadores de calidad que son; las caídas, problemas derivados de la inmovilización (Ulceras por presión), incontinencia urinaria, deterioro funcional, mortalidad, hospitalización, deterioro cognitivo, alteraciones del comportamiento. (9,10,11)

Para valorar la asistencia clínica, debemos observar la incidencia con la que ocurren eventos centinelas, es decir, observar la frecuencia con la que aparecen estos indicadores de calidad en la asistencia. Considerando ‘’eventos centinelas” las caídas, restricciones de movilidad o problemas de comportamientos. (9, 10,11)

Siendo el objetivo evitar la aparición del síndrome de burnout en el personal de enfermería y poner en marcha las estrategias, pudiendo realizar una evaluación y valoración en un plazo de seis meses de uso de las estrategias, para considerar la eficacia y eficiencia de las mismas en un centro sanitario en relación con la calidad asistencial mediante los indicadores y los eventos centinelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grazziano, E.S.; Ferraz Blanchi, Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. E.R. Enfermería Global, 2010;(18).p.1-20.
2. Muñoz París, J.; Pérez Ruiz, I. M.; Granero Molina, J. Inmunidad de enfermería a los efectos del burnout. Metas de enfermería, 2003, (51), p. 6-9.
3. Alameda Cuesta, Almudena. Prevención del síndrome de burnout entre los profesionales enfermeros. Metas de enfermería, 2006,9(6); p. 28-32.

Gil monte, P.R. Recursos de Psicología y Educación. [Internet] El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. [Última actualización: 28 de Diciembre de 2014] Consultado 8 Noviembre de 2015.Disponible en: http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/

5. Rodríguez Trueba, J.C.; Tornos Rodríguez, E. El ‘’burnout’’ en la atención sociosanitaria. Agathos, 2002; 2(2);p.26-33.

6. Pedreño Aznar, M. A, Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de Salud Mental. Metas de enfermería, 2005; 8(9);p. 14-17.

7. Martínez Riera, J.R. Manual práctico de la enfermería comunitaria. Elsevier, Burnout, 1 ed., Barcelona, 2014.p. 67-71.

8. Casa Tacar,P.; Rincón Rodríguez, Y.Z.; Vila Candel, R. Síndrome burnout: enfermedad silenciosa. Enfermería integral, 2012;(100); p19-24

9. Gil monte, P.R. Recursos de Psicología y Educación. [Internet] El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. [Última actualización: 28 de Diciembre de 2014] Consultado 8 Noviembre de 2015. Disponible en: http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/

10. Diputación de Almería. [Internet] Protocolos y procedimientos de enfermería en residencias geriátricas. [Última Actualización: 18 Marzo de 2015] Consultado 9 Noviembre de 2015 Disponible en: http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/DP-RA-PROENF/$file/protocolos+y+procedimientos+de+enfermeria.pdf

11. Montoro Rodríguez, J. Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. Papers: revista de sociología, 1999;(57);p. 89-112.

TEMA 5. TRASTORNOS, CALIDAD DEL SUEÑO Y ALIMENTACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCION ESPECIALIZADA.

CARMEN GARCÍA VELÁZQUEZ

ÍNDICE

- RESUMEN 3
- INTRODUCCIÓN 5
- MEDIDAS PARA DISMINUIR LOS EFECTOS DE LA TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD 11
- OBJETIVOS 14
- RESULTADOS 15
- CONCLUSIONES 17
- BIBLIOGRAFÍA 20

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia de los trastornos de sueño y conocer su relación con la calidad de sueño, el estrés, la depresión y variables médicas en una muestra de personal , así como comparar dichas variables entre trabajadores con turno rotatorio y trabajadores con turno fijo . Se encontró que los trabajadores con turno rotatorio presentan más trastornos del sueño y tienen una puntuación mayor en depresión en comparación con los trabajadores con turno habitual. Es importante continuar con investigaciones dirigidas a los trabajadores por turnos con el fin de buscar estrategias para mejorar su calidad de vida.

El trabajo a turnos induce hábitos de vida anómalos, lo cual se asocia al aumento de la morbilidad en los trabajadores. En este estudio se valoró los hábitos alimentarios y actividad del personal en el ámbito hospitalario sometido a turnos.

Queremos dejar plasmado con este trabajo el riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral el profesional en los centros de atención primaria. El método aplicado para obtener la información necesaria para el desarrollo de este proyecto es la encuesta realizada al personal de distintos servicios del Hospital Vega Baja de Orihuela, en la provincia de Alicante. De ahí se extrajo lo más relevante para la construcción de la información contenida. Se establece que los principales trastornos asociados a los trabajadores de noche giran en torno a problemas gástricos y del sistema cardiovascular. De igual manera hay importantes alteraciones asociadas a la pérdida del vínculo familiar y la interacción social.

Quiero concluir diciendo que el trabajo de noche no solo posee un impacto fisiológico, sino psicológico y social, lo que recomendaríamos la inclusión de políticas en salud que reduzcan los factores de riesgos mencionados.

INTRODUCCIÓN

Dormir es un comportamiento que el hombre realiza 8 d cada 24 horas, por lo que la mayoría de las personas dormirá más de 175,000 horas a lo largo de su vida. El sueño es un proceso fisiológico restaurador esencial, ya que durante este, se secreta la hormona del crecimiento, se fortalece el sistema inmurológico y facilita la consolidación dela memoria de corto a largo plazo. Por este motivo se considera al sueño como un factor que contribuye al estado de bienestar de las personas.

Al igual que lo anterior también debemos de tener en cuenta la influencia en nuestras vida diaria del tiempo que destinamos al trabajo, en concreto el horario en el que se desempeña la actividad laboral , ya que esto no sólo afecta a la calidad de vida en el trabajo, si no también, a la vida personal. Pero en el caso en concreto que estamos estudiando en el ámbito de la asistencia hospitalaria tiene unas características especiales que determinan el establecimiento de los horarios incluyendo la franja nocturna.

Definición de trabajo a turnos: Es desarrollado por grupos sucesivos de personas, en el que cada grupo cumple una jornada laboral, de ésta forma abarca un total de 16/24 horas de trabajo diarias. Según artículo 36 del estatuto de los trabajadores, se define el trabajo a turnos

Como “ toda forma de organización del trabajo en equipo, según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas”.

El trabajo nocturno, también según el Estatuto de los trabajadores, es el que tiene lugar entre las diez de la noche y las seis de la mañana, y un trabajador nocturno es el que invierte, como mínimo, tres horas de su trabajo diario, o al menos una tercera parte de su jornada anual, en este tipo de horario.

En la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, realizada en el año 2016 pro el instituto nacional de higiene y seguridad en el trabajo, se efectuaron 8892 entrevistas a trabajadores de todas las actividades, analizándose aspectos organizativos importantes, entre ellos a turnos, nocturnos y el trabajo los sábados y festivos.

Según ésta encuesta el porcentaje de trabajadores que tienen su horario laboral sujeto a un trabajo a turnos se ha estabilizado con comparación con la encuesta del año 2012, persistiendo en un 22% , sobre todo en el sector servicios. Según los datos de dicha encuesta los profesionales que con mayor frecuencia tienen esta organización de tiempo de trabajo, según su rama de actividad, son los trabajadores en las actividades sanitarias, con un 40,6%, este porcentaje sólo lo superan los obreros industriales y los de defensa y seguridad. Además , el 36,8% prolonga su jornada laboral de forma habitual.

Los efectos de este tipo de organización del trabajo sobre la salud son avalados por estudios como el de Nogareda y por las instituciones que se dedican a la Prevención de Riesgos Laborales, como el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT),

Datos publicados en las 8ª Jornada de Ergonomía y Psicosociología del año 2016 sobre la percepción de la salud de los trabajadores, comparando profesionales con y sin “turnicidad”, nos indican que existen diferencias significativas en la percepción del estado de cansancio y en su dato que habitualmente no identificamos como un problema relacionado con nuestro trabajo, como es la sensación de náuseas.

En cuanto a los síntomas de fatiga, es normal encontrar astenia con sensación de laxitud y abatimiento, dificultad para hacer esfuerzos intelectuales, sensación de cabeza vacía, faltas , errores e irritabilidad con intolerancia a las pequeñas agresiones del medio. Todas estas dificultades unidas a las de la vida cotidiana agravan la situación, pudiendo aparecer trastornos del humor y del carácter y trastornos somáticos, ansiedad y sintomatología de tipo vegetativo.

Debemos de tener muy en cuenta los trastornos digestivos: tendencia al ulcus, trastornos intestinales, perturbaciones del apetito, etc. Por su frecuencia, un 35% se les ha catolagado como “el síndorme dispéptico del trabajador alternado”. Estos trastornos vienen provocados porque , de noche la digestión y el metabolismo se hallan en fase de desactivación , y la comida nocturna provoca un trastorno del ritmo circadiano normal de la nutrición.

Es obvio que en el ámbito sanitario no pueden eliminarse los turnos de trabajo, pero sí que sería aconsejable, como principio de la accion preventiva en prevencion de riesgos laborales, realizar vigilancia de la salud los 6 meses de la incorporación al trabajo, que es cuando mejor se identifican los problemas de adaptación, para de ésta forma intervenir con medidas para disminuir los efectos negativos de la turnicidad y la nocturnidad

MEDIDAS PARA DISMINUIR LOS EFECTOS DE LA TURNICIDAD Y NOCTURNIDAD:

1.-Respetar el ciclo del sueño: los cambio de turno recomendados son entre las 6 y 7, las 14 y 15h y las 15h y las 22 y 23h

2.-Que los turnos no superen los 2-3 dias, para que los ritmos cardiacos no lleguen a alterarse y se recuperen al volver a un horario normal.

3.- Aumentar los periodos en los que se puede dormir de noche: posibilidad de descansar después de hacer el turno de noche, acumular dias de descaso …

4.- Conocer desde primera hora los horarios y turnos , de esta forma se pueden planificar actividades extralaborales y así favorecer las relaciones sociales.

5.-Los turnos de tarde y noche deben de ser siempre mas cortos que los de mañana.

El trabajo a turnos implica variaciones en los horarios de comidas, la calidad de la comida no es la misma, se come rápido, en distintos horarios, al igual que en los turnos de noche hay tendencia al consumo de café, tabaco y excitantes.

Lo necesario es realizar al menos tres comidas diarias, una de ellas calientes, con cierto aporte calórico, y tomadas en horario regular.

Las consecuencias de este tipo de trabajo a turnos se agravan por el hecho de que los trabajadores suelen comer disgustados, sin ganas , poco apetito por no hacer la comida principal con la familia, incluso pueden llegar a saltarse la comida principal. Los trabajadores con horarios nocturnos cenan muy tarde por la noche y no vuelven a comer nada hasta el día siguiente . Todo esto ocasiona una iversión total de los horarios de comidas y se reduce el número de las mismas.

Las alteraciones más frecuentes en este tipo de trabajos son:
*Dispepsia
*Gastritis
*Colitis
*Pirosis (ardor de estómago)
*Digestiones pesadas
*Flautulencia
*Aumento de peso/obesidad (ingesta de más grasas, bocadillos, alcohol.etc)
*úlcera de estómago

Teniendo en cuenta todos estos inconvenientes, sería necesario tener unos buenos hábitos alimentarios praa poder transmitir a los pacientes, con mayor credibilidad, que cambien los suyos.
Se podrían realizar cursos, seminarios, talleres, etc. para los

Profesionales del Hospital Vega Baja, y con ello a otros hospitales del mismo servicio de salud.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es analizar los hábitos alimenticios y horas de sueño en profesionales con turno rotatorios de una muestra representativa de trabajadores del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante)
El estudio se realiza mediante un cuestionario que incluye la frecuencia de consumo de alimentos, IMC y actividad física.

RESULTADOS

La población estudiada tiene la particularidad de pertenecer al sector sanitario y trabajando en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela. Los estudios publicados sobre este tema, determina que el trabajador nocturno es un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal sanitario.

Hay otros estudios que se centra mas en el estudio del estado nutricional, los hábitos alimentarios y la actividad física de trabajadores hospitalarios con turnicidad y se encontró que la distribución de la ingesta de nutrientes cambió en función de la turnicidad existiendo asociación entre un aumento de la ingesta de proteinas y lípidos y mayor probabilidad de pertenecer al turno rotatorio.

De las personas a las que se realiza el estudio solo el 23,81% de las mujeres presentan sobrepero y el 1,59% obesidad, en hombres un 27,59% presentan sobrepeso.

Los turnos de noche y el rotatorio predisponen a realizar menos comidas de las recomendadas, ya sea por cambio de horarios, falta de tiempo u otros motivos. La mayoria de las personas realizan 4-5 comidas al día, donde el 38% de los encuestados no desayunan antes de ir al trabajo ya sea por costumbre, por falta de tiempo o de hambre. Por otro lado, un 31,25% de los enfermeros no desayuna por falta de tiempo, poniendo de manifiesto la vida ajetreada que llevan.

Según los datos de dicha encuesta se puede observar que los trabajadores que este tipo de turnos siguen las recomendaciones de la SENC respecto al consumo de lácteos, cereales, frutas, verduras y aceite de oliva, pero no cumplen las recomendaciones respecto al consumo de legumbres, patatas, pescado, carnes, arroz y pastas, huevos, dulces/bolleria y café/te.
El 73% de los encuestados suelen tomar café/té a diario, un alto porcentaje que que observamos que éste hábito está

Ligado a trabajadores que necesitan mantenerse despiertos por sus horarios.

El trabajo en turno de noche se asocia a una mayor incidencia de varices, trastornos del apetito, insomniio e intrrupciones del sueño, así como alteraciones relacionadas con el apoyo social, ocio y bienestar físico/psicológico.

CONCLUSIONES

Tras éste estudio queremos realzar la importancia del cumplimiento de las normas de salud ocupacional en cada institución, ya que cumpliendo dichas normas tendremos un mejor rendimiento, eficiencia y eficacia del desempeño laboral, y por ello se reflejará en mayor motivación y satisfacción de los trabajadores.

Sería importante que los distintos comités y jefaturas promovieran seminarios, talleres, charlas, para mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Una buena idea sería incentivar a los trabajadores para lleven a cabo un estilo de vida saludable, es decir seguir las recomendaciones dadas por los profesionales expertos en materia de hábitos saludables.

Como conclusión y tras ver los datos de la encuesta, entendemos que la turnicidad y trabajo nocturno deberían ser tratados como una riesgo laboral, y por ello se debería buscar su reducción en la medida de lo posible, evaluar para controlar el riesgo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) está muy implicada en el tema; en su V informe de la 76ª reunión (año 1989), indicaba la importancia de conocer los síntomas

de intolerancia y adaptación al trabajo nocturno y de tener en cuenta las dificultades de carácter individual como las diabetes, epilepsia, psicopatías, etc.
Debemos resaltar la recomendación 178 en sus artículos 23 y 24 que indica que a los trabajadores nocturnos que hayan efectuado un número determinado de años de trabajo nocturno se les debería tener particularmente en cuenta para ocupar vacantes de puestos diurnos para los cuales reúnan las cualificaciones necesarias, o para valorar posibilidades de jubilación voluntaria anticipada o progresiva, siempre y cuando en ese momento se puedan ofrecer.

BIBLIOGRAFÍA

*Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley el Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial del Estado: Disponible www.boe.es/buscar/act.php

*Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta nacional de condiciones del trabajo 2016

*Trabajo a turnos y nocturno. Revista Seguridad y Salud en el Trabajo, www.insht.es/inshtwweb/contenidos/documentacion/textoonline

*Sociedad Española de Nutricion comunitaria (SENC) guía de la alimentación saludable , disponible www.aesan,msc.es/AESAN/docs/publicaciones

*Organización Internacional del Trabajo OIT.www.ilo.org/dyn

TEMA 6. TALLER DE NUTRICION , SALUD Y MEDIO AMBIENTE

MARIA ISABEL MARTÍNEZ GÜEMES

INDICE

1.CONCEPTOS BASICOS DE NUTRICIÓN
2.COMPONENTES DE LOS ALIMENTOS
3.METODOLOGIA
4.EDULCORANTES
5.VITAMINAS Y MINERALES
6.FIBRA
7.UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR.
8.OBJETIVOS DISEÑO PLAN DE ALIMENTACIÓN
9.PLAN DE CUIDADOS DE ALIMENTACIÓN
10.TECNOLOGIA-MEODO
11.DIETOTERAPIA
12.CAMBIO CLIMATICO,CONTAMINACIÓN Y SALUD.

1.CONCEPTOS BASICOS DE NUTRICION

1.ALIMENTACIÓN

Acto de introducir alimentos a nuestro organismo, es consciente y voluntario.

2.DIETOTERAPIA

Estudia las distintas formas de combinar los alimentos con fines terapéuticos.

3.BROMATOLOGIA

Ciencia que estudia la composición y propiedades de los alimentos.

2.COMPONENTES DE LOS ALIMENTOS

- MACRONUTRIENTES :
- 1.HIDRATOS DE CARBONO 55-60 %
- 2.PROTEINAS 10-13 %.
- GRASAS 30-35 %
- MICRONUTRIENTES
- 1.VITAMINAS
- 2.MINERALES
- 3.ANTIOXIDANTES
- FIBRA
- EDULCORANTES

3.METODOLOGIA

- -EL VALOR ENERGETICO TOTAL (VET) :
- PROTEINAS, 4 Kcal/g son 10-15 %
- HIDRATOS DE CARBONO,4 kcal/g son 50-60 %
- FIBRA 19-38 gramos diarios(diabéticos >40 g.d)
- LIPIDOS no mas del 30 %; 9 Kcal/g.
- Es importante, ajustar la distribución de nutrientes de acuerdo a las patologías presentes.

4. EDULCORANTES

- 1. CALORICOS
- SORBITOL
- FRUCTOSA
- MANITOL
- 2. ACALORICOS
- SACARINA
- ASPARTAMO

5.Vitaminas y minerales

- Restringir sodio, solo en hipertensos a 3 gr.
- Cuidado en dietas hipocalóricas
- Ancianos, disminuye vitaminas C,D,B1,B12,FOLATO,MG Y CALCIO.

- NO ES NECESARIO SUPLEMENTAR ACIDO FOLICO,SOLO A LAS EMBARAZADAS

Vitaminas hidrosolubles

- V.B1.Tiamina
- V.B2.riboflavina.
- V.B3.Niacina,acido nicotínico.
- V.B5.Acido Pantoténico
- V.B6.Piridoxina.
- V.B8..Biotina.
- VV.B9. Acido Fólico
- V.B12.Cobalamina.
- V.C. Acido ascórbico

Vitaminas liposolubles

- Vitamina A, Retinol
- Vitamina D, Calciferol
- Vitamina E, Tocoferol
- Vitamina K, fitoquinona

Minerales

- MACROMINERALES ≥100 MG calcio , fosforo cloro , sodio, potasio, azufre y magnesio.
- MICROMINERALES ,necesidades variables.
- Hierro , cinc ,cobre ,yodo ,manganeso , flúor , molibdeno ,cobalto , selenio y cromo

FIBRA

A.NO FERMENTABLE

- Mejora el estreñimiento.
- Escaso efecto sobre el metabolismo lipídico y glucémico.
- Escaso efecto prebiótico.

B. FERMENTABLE

- EFECTO ANTIDIARREICO
- CONTROL GLUCEMICO
- HIPOLIPEMIANTE
- PREBIOTICO

7. Unidades de Bebida Estándar (UBE)

- La organización Mundial de la salud (OMS),estipulo su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar (UBE).
- Cada UBE supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Con una UBE se puede medir la cantidad de alcohol puro, no La cantidad de liquido que se bebe, un hígado sano puede metabolizar alrededor de una UBE cada hora.
- Formula para calcular gramos alcohol puro de una bebida
- Cl o ml de bebida alcohólica x graduación de esa bebida x 0,8 / 100 .

- Ejemplo
- Si consumes 100 cc de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto que ingeriría es :1oocc x 13 x 0,8 / 100 =10,4 gramos alcohol puro. La organización Mundial de la salud (OMS),estipulo su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar (UBE).
- Cada UBE supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Con una UBE se puede medir la cantidad de alcohol puro, no La cantidad de liquido que se bebe, un hígado sano puede metabolizar alrededor de una UBE cada hora.
- Formula para calcular gramos alcohol puro de una bebida
- Cl o ml de bebida alcohólica x graduación de esa bebida x 0,8 / 100 .
- Ejemplo
- Si consumes 100 cc de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto que ingeriría es :1oocc x 13 x 0,8 / 100 =10,4 gramos alcohol puro.

BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Recomendaciones OMS
- HOMBRES, no superar 30 gr. diarios de alcohol
- MUJERES, no superar 20 gr. diarios de alcohol
- Formula para calcular el nivel alcoholemia en hombres
- --Gramos alcohol / peso en kg x 0,7
- Formula para calcular el nivel alcoholemia en mujeres
- --Gramos alcohol / peso en kg x 0,6

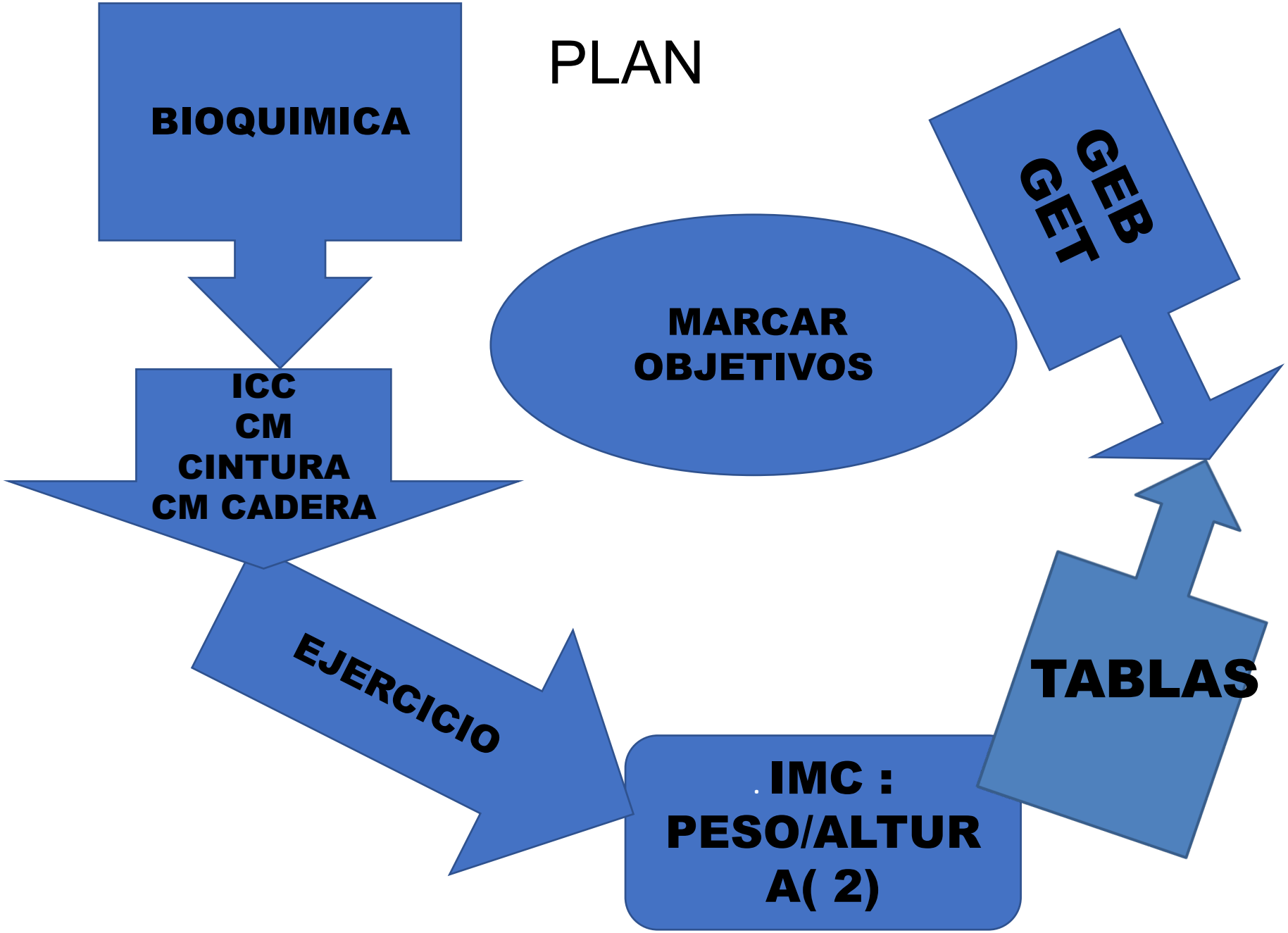
8.OBJETIVOS DISEÑO PLAN ALIMENTACION

- Mantener el estado de nutrición óptimo para las circunstancias fisiopatológicas del individuo.
- Corregir las deficiencias nutricionales que se presenten.
- Lograr que la persona con obesidad o desnutrición alcance un peso adecuado y lo mantenga.
- Aportar la energía y nutrientes que requiere el organismo en cantidad suficiente.
- Brindar orientación alimentaria al individuo y a su familia , orientada al cambio de conducta , realista.
- Ofrecer un plan de alimentación atractivo.

9.Plan de cuidados alimentación

- Evaluación del estado de nutrición, que debe de ser un proceso sistemático que permita obtener ,verificar e interpretar datos que expliquen la causa y el estado de los problemas relacionados con la nutrición de un individuo.
- Para la obtención de estos datos es necesario la realizar la historia clínica nutricional.

PLAN


BIOQUIMICA
ICC
CM
CINTURA
CM CADERA
MARCAR
OBJETIVOS
GEB
GET
EJERCICIO
IMC :
PESO/ALTUR
A(2)
TABLAS

10. TECNICA-METODO

- Las variables energéticas a determinar son el gasto energético basal (GEB) y el gasto energético total (GET) que puede calcularse por la fórmula de Harris- Benedict utilizando el peso actual del paciente

- • Hombres: GEB = 66 + 13.7 (peso actual kg) + 5 (estatura, cm) - 6.8 (edad, años)

- • Mujeres: GEB = 655 + 9.6(peso actual kg) + 1.7 (estatura, cm) - 4.7 (edad, años

11.DIETOTERAPIA

- VALOR CALORICO Y CONTENIDO MACRO Y MICRONUTRIENTES :
- ENCUESTA ALIMENTARIA : 24 horas
- HORARIOS: -Adaptados a su actividad y tratamiento. Lo que se come hoy se paga mañana.
- Datos antropométricos, peso, talla ,IMC ,Abdominal, TA,……..
- Recogida y valoración de costumbres y hábitos de vida : Tabaco, Alcohol, Ejercicio
- REFORZAR CAMBIOS ESTILO DE VIDA SANOS

1.La finalidad de las consultas ,es dar seguimiento al tratamiento dieto terapéutico del paciente así como observar el apego y monitorear la evolución del estado de nutrición con respecto a la enfermedad que padezca.

2.La consulta tendrá una duración de 30 minutos.

• Medición de peso ,altura,(IMC) Perímetro cadera-cintura, (índice cadera-cintura) (ICC). Perímetro braquial (mide circularmente el brazo, a la altura del punto medio entre el acromion y el olecranon o punto radial del codo) Esto con la finalidad de monitorear el estado ponderal y cambios en la grasa visceral.

- IMC : <18,5 peso insuficiente; 18,5-24,9 normopeso;25,0-26,9 sobrepeso
- ICC :>0,8 mujeres y > 1 en hombres.

Seguimiento

- Revisión de exámenes bioquímicos:
- --ALBUMINA :3.5-4.5 g/dl
- --TRANSFERRINA : 250-350 mg/dl
- --PREALBUMINA : 18-28 mg/dl
- --RBP(Retinol Binding Proteín) : 2.6-7 mg/dl (Proteína ligadora de retinol)
- --LINFOCITOS : > 1.600/mm3
- • Evaluación dietética. Aplicación de recordatorio de 24hr, para ver la adherencia al plan de alimentación establecido.

- • Evaluación del plan de actividad física.

Dieta equilibrada

- Aquella que es capaz de suministrar todos los nutrientes energéticos, plásticos y reguladores necesarios para que el organismo obtenga la energía y moléculas que aseguren el metabolismo basal y el mantenimiento de la actividad diaria, a la vez que permite mantener el peso ideal y preservar el estado de salud.

Dieta equilibrada

- Por lo tanto, la ingesta energética que hay que realizar dependerá del gasto Metabólico Basal y la actividad física, a los que se une el efecto termogénico de los alimentos, que constituyen el gasto energético total.

TECNICA-METODO

- Las variables energéticas a determinar son el gasto energético basal (GEB) y el gasto energético total (GET) que puede calcularse por la fórmula de Harris- Benedict utilizando el peso actual del paciente .
- Hombres: GEB = 66 + 13.7 (peso actual kg) + 5 (estatura, cm) - 6.8 (edad, años).
- Mujeres: GEB = 655 + 9.6(peso actual kg) + 1.7 (estatura, cm) - 4.7 (edad, años

FACTORES DE ACTIVIDAD FISICA

- ACTIVIDAD HOMBRES MUJERES TIEMPO
- SEDENTARIA 1.2 1.2 NO ACTIVIDAD
- LIGERA 1.55 1.56 3 h. semana
- MODERADA 1.8 1.64 6 h.semana
- INTENSA 2.1 1.82 4-5 h. día

Elaboración de una dieta

- A quien va dirigida ?cual es el objetivo?
- DISTRIBUCION :
- Desayuno :25 %
- Media mañana : 5%
- Comida : 35 %
- Merienda : 10 %
- Cena : 25 %

PLAN DE ALIMENTACION

- INDIVIDUALIZADO.
- CAMBIA SEGÚN CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA.
- CONCILIACION ENTRE VIDA FAMILIAR,SOCIAL,LABORAL Y EL PLAN.
- NECESITA ADIESTRAMIENTO PARA CONSEGUIR RESULTADOS OPTIMOS.

12.Cambio climático ,contaminación y salud

- “La existencia del ser humano depende de la naturaleza, al igual que el resto de las especies con las que convivimos en la Tierra.”(3).
- OMS, "La relación entre medio ambiente y salud es muy estrecha” muchas enfermedades se relacionan con toxicidad de alimentos y el medio ambiente debemos tomar todas las medidas preventivas oportunas para evitar contaminaciones accidentales y preservar la seguridad de la población. relacionan con la salud de las personas,

- En España se creó en 2003 la Red de Investigación Infancia y Medio Ambiente (Red INMA) que elaboran programas preventivos para tener vida saludable, los estilos de vida son el pilar de nuestra salud.
- Cuidemos el medio ambiente, muchas especies animales y vegetales acumulan metales tóxicos que son especialmente peligrosos en población susceptible, niños y ancianos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ángeles Carbajal Azcona. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid . (citado 2 junio 2018). disponible :

http://www.ucm.es/nutricioncarbaja/

2. Iñarritu Pérez MC, Elaboración de una dieta.(citado 2 junio 2018)

3. observatorio dkv de salud y medio ambiente

en España 2008. estado de la cuestión alimentación, medio ambiente y salud. (citado 14 de junio de 2018)

TEMA 7. INTERVENCIÓN EN CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

RICARD CONDE TORRES

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

ÍNDICE

- Introducción
- Justificación
- Fases del cambio
- Intervención en consulta
- Tratamiento farmacológico.
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

- El tabaco es una planta que se cultiva por sus hojas, las cuales se secan y fermentan y luego se usan en varios productos. Contiene nicotina, un ingrediente que puede conducir a la adicción, lo que explica por qué a muchas personas que consumen tabaco les resulta difícil dejar de consumirlo. También contiene muchas otras sustancias químicas potencialmente nocivas, y otras más se generan al quemarlo.
- El tabaco es el responsable de 60.000 muertes anuales en España y, de ellos, entre 1.500 y 3.000 son fumadores pasivos, según ha advertido la sociedad científica Socidrogalcohol que ha señalado que el tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo.

Justificación

- El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y primera causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo desarrollado.
- Dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco como si no.
- Las intervenciones de profesionales sanitarios centradas en consejos antitabáquicos reiterados que incide en los aspectos positivos de dejar de fumar es una de las actividades preventivas con mejor relación coste-efectividad que se conocen.

Fases del cambio

- Las recomendaciones para dejar de fumar están orientadas a proporcionar una intervención a todas las personas fumadoras adaptándose a la fase de cambio en que se encuentra cada persona. El objetivo es que la persona fumadora vaya progresando por las diferentes fases del proceso de cambio hasta llegar a la situación de abandono del hábito tabáquico.
- Prochaska y Diclemente crearon un modelo describiendo las diferentes fases del cambio por las que pasan las personas.

  Estas etapas son 6:

Fases del cambio

- Precontemplación: La persona suele negar el problema y sin considerar realmente el cambio.
- Contemplación: La persona reconoce tener un problema y se muestra receptivo a recibir ayuda aunque duda del momento de inicio del cambio.
- Preparación: La persona está preparada para iniciar los cambios.
- Acción: Los pasos para el cambio se hacen evidentes.
- Mantenimiento: Se sostienen los cambios logrados mediante la modificación del estilo de vida y la prevención de las recaídas.
- Finalización: La persona ha conseguido el objetivo y no necesita ayuda para evitar recaídas.

Intervención en consulta

Para realizar un correcto abordaje en una intervención antitabáquica se debe seguir un protocolo de actuación en consulta adaptándolo a cada paciente y sus peculiaridades.

Para ello se abordarán los siguientes pasos:

- Determinar si la persona es fumadora, cuantificar la cantidad diaria y valorar en que fase del cambio se encuentra. “¿Es usted fumador/a?, ¿Está pensando en dejar de fumar?”.
- Fase precontemplativa o contemplativa:

  - Ofrecer consejo sanitario en cada consulta con la persona. Ofrecerle ayuda y dar soporte informativo por escrito o informático.

Intervención en consulta

- Realizar una entrevista motivacional. Esta entrevista en la fase de precontemplación invita a la persona a reflexionar mientras que en la fase de contemplación ayuda a aumentar la motivación.

• Fase de preparación o acción:

- Ofrecer intervención psicosocial, visitas de seguimiento y tratamiento farmacológico.

En esta fase es importante reforzar la motivación y el autoestima, describir correctamente el hábito tabáquico (dependencia a la nicotina, fase del cambio, grado de motivación y apoyos y dificultades), y pactar un plan para cesar el hábito tabáquico.

Intervención en consulta

- Intervención psicosocial:

  - Pactar con la persona el día D. Fecha definitiva de abandono del hábito tabáquico.

  - Dar recomendaciones para los días previos (motivos, registro de consumo, búsqueda de apoyos, espacios sin humo, detectar y modificar situaciones que se asocien al tabaco).

  - Dar recomendaciones para los primeros días (ejercicio físico, incrementar ingesta hídrica, establecer recompensas y ejercicios de relajación).

  - Entregar soporte informativo por escrito.

- Tratamiento farmacológico a personas con dependencia elevada. Valorar grado de dependencia a la nicotina.

Tratamiento farmacológico

- Entre los fármacos indicados para dejar de fumar los más utilizados son la terapia sustitutiva de nicotina (parches y chicles), el bupropion y la vareniclina.

- En atención primaria el tratamiento más utilizado es el parche de nicotina asociado a chicles o comprimidos de nicotina para mejorar el síndrome de abstinencia.

Conclusiones

- Los profesionales sanitarios se encuentran en disposición de poder ofrecer información y consejo a la persona fumadora y de dar soporte y asesoramiento a la persona que desea dejar de fumar de forma efectiva, por ello es importante mantener una buena formación de la deshabituación tabáquica del personal sanitario y poder complementar con la creación de una consulta especializada en el cese del hábito tabáquico para optimizar las intervenciones establecidas y el tiempo dedicado.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Barrueco M.; Hernández MA.; Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ed. Ergon, 2006, 3a edición
- Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT). 2008.
- Guía para profesionales de intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud del Principado de Asturias.

TEMA 8. LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN CANCER DE MAMA

TANIA REPRESA PASTOR

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- El cáncer mamario (CaMa) es un problema de salud publica a nivel mundial. En la actualidad se considera el más frecuente en la mujer, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo[1].

- Según la sociedad española de oncología médica (SEOM), en 2017 los nuevos casos estimados de cáncer en España han sido 228.482 y para 2035 se estima que habrá 315.413 nuevos casos[2].

- En España los tumores más frecuentemente diagnosticados en mujeres fueron los de mama con una incidencia de 26.370 casos en 2017[3], con profundas implicaciones para la salud de la mujer.

OBJETIVO

Analizar la influencia de la lactancia materna (LM) en la posibilidad de desarrollo de cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en distintas bases de datos como Cochrane, PubMed, Google Scholar, Scielo. Se revisaron un total de 17 artículos, de los cuales se incluyeron los editados en inglés y español, con un máximo de 10 años de antigüedad y que trataban sobre la relación directa entre el cáncer de mama y la lactancia materna. Se utilizaron los operadores boleanos AND y OR.

RESULTADOS

- La mayoría de los estudios que examinaron en la década de 1990 la relación entre el antecedente de lactancia y el riesgo de CaMa mostró resultados inconsistentes[3].

- En el año 1986 en un estudio de cohortes prospectivo[4] donde se evaluó la relación entre la LM y la incidencia de CaMa en 89.887 mujeres, no se encontró asociación entre ambas.

- En un Estudio de Salud de Enfermeras de EE.UU de 6 años de seguimiento, se preguntó a las participantes sobre la cantidad de meses que amamantaron en total a sus hijos.

- No se encontró una asociación general significativa después de ajustar los factores de riesgo establecidos para el CaMa entre las que habían amamantado y el desarrollo posterior del mismo. No se observó una tendencia inversa con la duración de la LM[5].

- Se hallaron diversos estudios de casos y controles [6] ,[7]en los que se obtuvo un resultado estadísticamente significativo a favor de la LM como factor protector ante el CaMa. Asimismo se observó en dichos estudios que a mayor tiempo de amamantamiento el riesgo era menor.

- En el estudio[8] se muestra que la mayoría de los casos de CaMa hereditarios están relacionados con anomalías en uno de los dos genes: BRCA1 (gen de CaMa 1) o BRCA2 (gen de CaMa 2).

- El mantenimiento de la LM durante al menos un año se asoció con una reducción del 32% del riesgo, y mantener la lactancia durante dos o más años confirió una mayor reducción del riesgo. Concluye, que la LM protege contra BRCA1-, pero no contra BRCA2.
- Recientemente, un análisis conjunto de 47 estudios epidemiológico ,[9,10] donde incluyen 50.302 casos y 96.973 controles, mostró una reducción significativa del 4.3% en el riesgo de cáncer de seno por cada 12 meses de amamantamiento.
- El metaanálisis de cuatro estudios de cohortes y el de 37 estudios de casos y controles[11] mostraron una reducción del riesgo del 2% por cada 5 meses de lactancia.

CONCLUSIONES

- Hay una fuerte evidencia de que la LM en las mujeres que han tenido hijos ejerce un efecto protector.

- Las mujeres que han lactado durante 3 meses o más tienen una reducción del riesgo de desarrollar CaMa.

- El incremento de los meses de LM es una medida para reducir el riesgo de CaMa.

- Además de los beneficios que aporta al lactante, la LM también tiene efectos beneficiosos en la madre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas Camayo J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú An Fac med. 2008;69(1):22-8.
2. Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Padilla López CA, Pimentel Ramírez M, García Rillo A, Sánchez López AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr Hosp. 2012;27(5):1631-1636.
3. Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Salud Publica Mex 2009;51 supl 2:S165-S.

4. Michels KB, Willett WC, Hunter DJ, Colditz GA, Rosner BA, Manson JE, Hankinson SE, Speizer FE. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89 887 women. The Lancet 1996;347,(8999):431-436.
5. González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Álvarez J. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. Journal of clinical nursing 2014;23(17-18):2397-2403.
6. Msolly A, GharbiSlim O, Ahmed B. Impact of menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Tunisia: a case–control study. Medical Oncology 2013;30:480.

7. Puicon Yaipen CA. Lactancia materna exclusiva como factor protector de cáncer de mama en el hospital víctor lazarte echegaray". Trujillo-Perú. 2015
8. Kotsopoulos J, Lubinski J, Salmena L, Lynch HT, Kim-Sing C, Foulkes W, Ghadirian P, Neuhausen SL, Demsky R, Tung N, Ainsworth P, Senter L, Eisen A, Eng C, Singer C, Ginsburg O, Blum J, Huzarski T, Poll A, Sun P, Narod SA. Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Reast Cancer Research 2012, 14:R42
9. Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, Tamakoshi A, Wakai K, Matsuo K, Ito H, Sasazuki S, Inoue M, Tsugane S. Breastfeeding and Breast Cancer Risk: An Evaluation Based on a Systematic Review of Epidemiologic Evidence Among the Japanese Population. Jpn J Clin Oncol 2012;42(2):124–130

10. Tworoger SS, Hankinson SE. Prolactin and Breast Cancer Etiology: An Epidemiologic Perspective. Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia. 2008;13(1):41–53.
11. Islami F, Liu Y, Jemal A, Zhou J, Weiderpass E, Colditz G, Boffetta P, Weiss M. Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status—a systematic review and meta-analysis . Annals of Oncology 2015;26: 2398–2407.

TEMA 9. ¿COMO PREVENIR LAS INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA VESICAL?

EVA Mª BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN
2 OBJETIVOS
3 MÉTODO
4 RESULTADOS
5 CONCLUSIONES
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUCCIÓN

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en introducir una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

El problema más común asociado a esta técnica son las infecciones del tracto urinario (ITU), siendo una de las infecciones nosocomiales más comunes.

2 OBJETIVOS

Actualizar los conocimientos y brindar a los profesionales la información para prevenir las infecciones.

3 MÉTODO

Revisión bibliográfica en Pubmed, ScienceDirect, google académico, revistas científicas, manuales y guías, usando como referencia las palabras claves: prevención, sonda, sistema urinario, infección

4 RESULTADOS

-Utilizar sondas vesicales únicamente cuando existan las indicaciones adecuadas para ello.
-Mantener las sondas colocadas solamente el tiempo necesario.
-Utilización de un equipo estéril y una técnica aséptica.
-Emplear sistemas de drenaje cerrados y estériles.
-Asegurar siempre un flujo de orina descendente y continuo.
-Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga y eliminar acodaduras de la sonda y del tubo colector.
-Higiene de manos antes y después de la manipulación de la sonda y bolsa colectora.

5 CONCLUSIONES

El papel de la enfermería es crucial en la prevención, diagnóstico y control de la infección nosocomial asociada a cateterismo vesical, ya que es la principal responsable en el proceso de colocación, mantenimiento y manipulación.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Dumont Ch, Wakeman J. Prevención de las infecciones del tracto urinario relacionado con las sondas vesicales: resultados de un estudio. Nursing (Barc).2016; 29:30-6.

-S. Martinez Gorostiaga, T. Urío, L. Garrón, J. Sáinz de Murieta, J. Uriz, B. Bermejo. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del sistema sanitario de Navarra,(S.L.),p.123-1238,may.2009.ISSN1137-6627disponible en: https://recyt,fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6436

TEMA 10. ADAPTACIÓN DEL ANCIANO AL CENTRO RESIDENCIAL

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

RICARD CONDE TORRES

ÍNDICE

- Introducción
- Justificación
- Objetivos
- Procedimiento de ingreso
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

- El continuo y creciente proceso de envejecimiento de la población en las últimas décadas, hace necesario fomentar el avance en el conocimiento, actuación y previsión en este proceso evolutivo.
- Promover actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y bienestar de este colectivo, cada vez mayor, de personas en edad avanzada, pasa ineludiblemente por formar profesionales en el campo de la atención, intervención e investigación, que integren conocimientos de áreas experimentales, jurídicas, sociales y ciencias de la salud.

Justificación

La adaptación al centro geriátrico es el objetivo fundamental para mantener una calidad de vida óptima dentro del medio residencial. Cuanto mejor sea la adaptación mejor será la colaboración de la persona con el personal, las actividades y el propio centro en sí.

Para ello, el centro residencial debe mantener la capacidad funcional y mental del usuario mediante técnicas rehabilitadoras, que permitan su autonomía, previniendo así el incremento del nivel de dependencia.

Objetivos

- Mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental, mediante técnicas rehabilitadoras.

- Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados.

- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados del anciano.

Objetivos

- Ofrecer un régimen de alimentación sana, equilibrada y variada, con respecto a las dietas especiales. Si es posibles, se darán varias opciones para fomentar la capacidad de elección.

- Desarrollar programas de animación sociocultural dirigidos y supervisados por profesionales especializados, aunque puedan realizarse cotidianamente por auxiliares, gerocultores o voluntariado.

Procedimiento de ingreso

PREINGRESO

- La familia inicia la gestión para ingresar al anciano en la residencia.
- El trabajador social o el propio director del centro se entrevista con el futuro residente y la familia. Ese mismo día se le explica el funcionamiento del centro.
- Determinar la duración del ingreso (temporal o permanente).
- Determinar también el grado de apoyo familiar.

Procedimiento de ingreso

INGRESO

- El día del ingreso los trabajadores del centro prestarán especial atención al nuevo residente.
- Dependiendo las características del centro y del estado físico y psíquico del paciente el recibimiento será distinto y siempre adecuado a sus necesidades.
- ¿Quién lo va a recibir?: trabajadora social y director del centro.
- Con el director firmará el contrato, junto con la firma del familiar a su cargo y del usuario. El director también le hace entrega protocolo interno de actuación.

Procedimiento de ingreso

VALORACIÓN INTEGRAL

- **Valoración social**
  - Situación familiar y social previa al ingreso
  - Posibilidades de integración
  - Situación de dependencia
- **Valoración de Enfermería**
  - Anamnesis completa
  - Valoración funcional: ABVD. Índice de Barthel.
  - Valoración cognitiva: Test de Pfeiffer. Mini Mental test.
  - Valoración nutricional: MNA
  - Valoración cutánea: UPP. Escala de Braden o Norton
  - Riesgo de caídas: Escala de Downton

Conclusiones

- La atención social a las necesidades y demandas de personas mayores debe ser el objetivo de las políticas sociales que deseen garantizar el bienestar y la calidad de vida no solo de las personas mayores sino de la sociedad en su conjunto.
- Una población mayor bien atendida, que cuente con recursos adecuados de cobertura de sus necesidades, es indicativo de una sociedad solidaria e inclusiva.
- La implicación de los poderes públicos por una mayor cohesión social se hace notar no solo en que no haya diferencias en el trato a los distintos sectores de la población, si no en que se dé respuesta a las necesidades especificas de cada uno de ellos, haciendo posible alcanzar una sociedad para todas las edades.

BIBLIOGRAFÍA

- Gandoy M, Mayán JM. Intervención Gerontológica. Santiago de Compostela; Sega: 2002.
- Martínez Roget F, Demografía Gerontológica; ediciones Sega, 2002; ISBN: 84-607-4250-4.
- Mayán Santos JM, Gerontología Clínica; Santiago de Compostela; ediciones Sega, 2003, ISBN: 84-607-7397-3.
- Mayán Santos JM; Gerontología Social; Santiago de Compostela, ediciones Sega, 2000, ISBN: 84-921989-5-8.
- Plan Galego das Persoas Maiores. Plan Actuación Social Galicia 2010-2013, Horizonte 2015.

TEMA 11. CODIFICACIÓN DEL EMBARAZO POSTÉRMINO CON CIE 10-ES

MIRIAM OLIVER SEGURA

JUANA GOMEZ FERNANDEZ

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSION/ DISCUSIÓN
- BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

Se considera embarazo postérmino aquel que concluye entre las semana 40+1 día y las 42 semanas completas de gestación. A partir de las 42 semanas + 1 día, se considera prolongado.
La duración media del embarazo en la especie humana es de alrededor de 280 días, 9 meses o 40 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación. Cuando se amplía este periodo, se pueden producir complicaciones. El objetivo de este trabajo es la codificación correcta de una gestante de 41 semanas y 3 días a la que se le induce el parto con oxitocina por presentar líquido amniótico teñido con meconio. Tras 2 horas de control con monitorización, se le administra anestesia epidural y se le practica episiotomía. El resultado del parto es de un varón nacido vivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con los siguientes descriptores: Embarazo postérmino, embarazo prolongado, embarazo a término, 42 semanas gestación.

Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Manual de codificación CIE-10-ES procedimientos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/embarazo-postérmino https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_prolongado

RESULTADOS

Los códigos del capítulo 15 tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos para las circunstancias relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

* O48.0 Embarazo postérmino
* Z3A.41 41 semanas de gestación
* Z37.0 Nacido vivo único
* 3E033VJ, Introducción en vena periférica de hormona, otra hormona, abordaje percutáneo
* 4A1HXCZ Monitorización de frecuencia, productos de la concepción, cardiaco, abordaje externo.
* 3E0R3CZ Introducción en canal espinal de anestesia regional, abordaje percutáneo
* 10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo
* 0W8NXZZ División de perineo, femenino, abordaje externo

CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN

- El clínico debe especificar en el Informe de Alta las semanas de gestación. En caso de ser un embarazo de más de 42 semanas, estaremos hablando de un embarazo prolongado y el código que deberemos utilizar será el O48.1. Hoy en día nunca se suelen superar las 42 semanas de gestación y antes se induce el parto o se practica una cesárea a la embarazada.
- En caso de no disponer de información suficiente en el Informe de Alta, debemos acudir a la Historia Clínica de la paciente para realizar la codificación exacta, tanto de diagnósticos como de procedimientos, del episodio asistencial.
- La CIE-10-ES ha aumentado su número de códigos con respecto a la CIE-9-MC, por lo que la hace más específica y esto hace que tengamos una codificación clínica más completa y específica.

BIBLIOGRAFÍA

Rodríguez A, Gómez M. Guía de atención del embarazo prolongado. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología.

Fonseca J. Embarazo postérmino. Manejo. Texto de Obstetricia y Ginecología. Bogotá: Distribuna; 2004: 274-276.

Arias F. Embarazo prolongado. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2a ed. Madrid: Mosby; 1994: 151-162.

Boyd ME, Usher RH, McLean FH et al. Obstetric consequences of postmaturity. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 334.

Rubio A. et al. Embarazo prolongado. En: Heliodoro Ñañez y Ariel Ruiz. Texto de Obstetrici

TEMA 12. ¿ES LO MISMO EUTANASIA QUE SEDACIÓN PALIATIVA? UNA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. PARTE IV.

CRISTINA TUDELA BLAYA

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.
- **LEGISLACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL.**
- **ASPECTOS ÉTICOS DE LA SEDACIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**
- **LA DIGNIDAD HUMANA AL FINAL DE LA VIDA.**

METODOLOGÍA.
CONCLUSIONES.
BIBLIOGRAFÍA.

MARCO TEÓRICO.

- Legislación nacional e internacional.

Desde el punto de vista legislativo, existen una serie de normas y preceptos en el ordenamiento jurídico español que establecen el deber fundamentar de proteger el derecho a la vida. La Constitución Española de 1978, establece en su artículo 15, el derecho a la vida[17].

El Código Penal, en su artículo 143 establece que, el que induzca o coopere con actos al suicidio de otra persona o actos que conducirían a la muerte, serán castigados en virtud de dicho artículo[18].

Por lo que, desde el punto de vista del ordenamiento jurídico español, la eutanasia está prohibida, pudiendo ser sancionado con penas de prisión a cualquier persona que coopere con dicho acto.

Según la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea[19], en su artículo 2 establece que *"Toda persona tiene derecho a la vida"*. Al igual que la Constitución, norma básica de todo ordenamiento jurídico, también establece. La salvaguarda de la vida, conforme a derecho, debe ser aceptada y protegida por todo profesional sanitario.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 3 establece que *"Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"*[20]. En dicha norma, además del derecho a la vida, también establece que tiene derecho a una seguridad en la misma. Con referente a terceros en ésta parte, los profesionales sanitarios debemos velar por la seguridad de los pacientes, por lo que cualquier acto que suponga un menoscabo de la seguridad de los mismos, será castigado.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en su artículo 2, apartado c) establece que, *"Se debe proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos…"*[21]. Por lo que, otra norma de alcance nacional e internacional también protege el derecho a la vida.

La legislación existente resulta de gran importancia para los profesionales sanitarios, puesto que los Comités Éticos se basan en gran medida en los derechos y deberes de los profesionales sanitarios y de los pacientes acerca de las técnicas llevadas a cabo.

La sedación paliativa, no debe instaurarse en el paciente con la finalidad de aliviar la pena de los familiares, así como la carga laboral de los profesionales. Ni como eutanasia lenta o eutanasia encubierta, lo cual no está autorizado ni por nuestro código profesional ni por las leyes españolas existentes[22].

Los países europeos que legalizan la eutanasia y el suicidio asistido son Holanda, Bélgica y Luxemburgo. Suiza tan solo legaliza el suicidio asistido. En Holanda, en el año 2001 se aprobó *"La ley de Comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio del suicidio"*. Existiendo una serie de requisitos que debe cumplir todo médico para poder llevarla a cabo.

En Bélgica se encuentra *"La ley relativa a la eutanasia"*, vigente desde el año 2002.

En Luxemburgo, en 2008 se promulgó la *"Ley sobre el derecho a morir con dignidad"*.

Suiza tan solo legaliza el suicidio asistido, la eutanasia está penalizada. La diferencia de los otros países en que no debe ser practicado por un médico. Su intervención sólo es para asegurar un control para la correcta prescripción[23].

Fuera de Europa, en el estado de Oregón, en Estados Unidos, en 1997 se aprobó la *"Ley de muerte con dignidad"*[24].

- Aspectos éticos de la sedación en los cuidados paliativos.

Como sabemos, los profesionales sanitarios de Atención Primaria trabajan con pacientes que precisan cuidados paliativos. Para ello, es recomendable que conozcan un poco de la legislación al respecto.

Los miembros del Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos muestran a los profesionales sanitarios, una serie de recomendaciones sobre los aspectos éticos de la Sedación en los Cuidados Paliativos.

La primera recomendación trata sobre la responsabilidad moral del equipo sanitario, la cual recae en gran medida, en el proceso de toma de decisiones que se adoptan para aliviar el sufrimiento del paciente, y no sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Según dicho Comité Ético, cuando el paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada y terminal, resultaría maleficente permitir el sufrimiento del enfermo por miedo que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de su sufrimiento. Esto es, el objetivo de los profesionales sanitarios debería ser la preservación de la calidad de vida que le queda al enfermo, y no la salvaguarda a ultranza de la misma.

Dicho Comité Ético establece un protocolo de actuación para los profesionales sanitarios. En primer lugar, siempre debe obtenerse el consentimiento informado para proceder a una sedación, y cuando sea posible, debe ser explícito.

En ocasiones, el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad, en tal caso, los profesionales deberán obtener el consentimiento de forma delegada a la familia o al equipo, sobre los valores y deseos del paciente antes de que éste presentara una situación de agonía. Según la ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, en su artículo 2 establece que el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir toda la información, las opciones clínicas disponibles. Con respecto al consentimiento informado, el artículo 8, establece que podrá ser verbal salvo determinadas circunstancias, como los tratamientos terapéuticos invasores que puedan suponer un peligro para el paciente[25].

Lo más importante desde el punto de vista de las garantías éticas, es que el equipo, previamente, hubiera explorado los valores y deseos del paciente, y que se hubieran reflejado en la historia clínica.

La mejor forma de garantizar una buena toma de decisiones respecto a la sedación, desde el punto de vista ético de los profesionales es, que dicho proceso contemple los pasos que a continuación detallaremos, los cuales deben estar reflejados en la historia clínica.

Primeramente, se ha de indicar en la historia clínica del paciente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, que justifiquen la refractariedad del síntoma y la razón de ello. Esto es, justificar de forma detallada el procedimiento empleado (fármacos, dosis, tratamiento, etc.).

Se ha de obtener, como hemos mencionado anteriormente, el consentimiento informado.

Es de vital importancia que quede registrado en la historia clínica, aunque dicho Comité Ético establece que no es necesario un documento específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. Sin embargo, se recomienda que, pese a ello, quede reflejado por escrito.

Por último, se recomienda el registro en la historia clínica la monitorización del paciente, así como una descripción del proceso de sedación llevado a cabo, la valoración de los parámetros de respuesta, así como su nivel de conciencia y ansiedad.

De éste modo, quedan garantizados los derechos y deberes tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes.

Ante tales consideraciones, los profesionales sanitarios deben dejar constancia en la historia clínica todos los motivos en el proceso de la toma de decisiones, así como el consentimiento del paciente, y la monitorización de los resultados. Ello conlleva una mejor garantía tanto ética como legal para los mismos.

Existe un protocolo de actuación cuando los miembros del equipo presenten un agotamiento durante el procedimiento, el cual, deberá de detectarse y tratarse por medio de mecanismos de apoyo al respecto[26].

Existe un estudio científico acerca de la actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte en pacientes con tratamiento en cuidados paliativos. Dichos profesionales pueden mostrar una actitud evasiva, cargada de temor en el acercamiento para la atención de éstos enfermos. Es deseable, por tanto, la necesidad de Comités de Ética que orienten sobre una conducta afectivo-conductual que garanticen una actitud adecuada ante la muerte y capacitar a los profesionales sobre ello[27].

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la sedación ha de estar bien indicada y bien efectuada, siendo los elementos fundamentales el consentimiento, la administración de fármacos a dosis adecuadas, y la evaluación. Por lo que, estos tres preceptos deben de cumplirse, para poder llevar a cabo un correcto procedimiento[28].

- La dignidad humana al final de la vida.

Es importante clarificar, que se entiende por dignidad. Algunos reducen esta dignidad al disfrute de una calidad de vida, conciencia, o capacidad de autodeterminación. Por el contrario, otros entendemos la dignidad como el valor intrínseco que posee todo ser humano, independientemente de sus circunstancias.

El término “dignidad” no designa todos los valores sublimes, sino el valor elevado de un ser que realmente existe como persona. La dignidad dota a cada persona de un valor preciado objetivo, además eleva a la persona hasta un nivel inconmensurablemente superior. La dignidad es un don que nos han atribuido. La dignidad no nos pertenece de forma automática a las personas. No se trata de una posesión. Hoy en día la dignidad está profundamente infravalorada, como es el caso de la eutanasia, cuando en una situación de terminal sedación a través de los actos dirigidos contra la vida de las personas, se atenta contra la vida de una persona. Por tanto, cada persona humana merece un respeto, de manera que no se permitan tales actos que estén en contra de la vida[29].

La dignidad del paciente en situación terminal se debe considerar como un valor independiente del deterioro de su calidad de vida.

De lo contrario, estaríamos privando de dignidad y de valor a personas que padecen graves limitaciones o severos sufrimientos psicofísicos, y que justamente por ello precisan de especial atención y cuidado. Cuando en términos coloquiales se habla de unas condiciones de vida indignas, las que son indignas son las condiciones o los comportamientos de quienes las consienten, pero no la vida del enfermo.

Se trata de dar la atención técnica y humana que necesitan los enfermos en situación terminal, con la mejor calidad posible y buscando la excelencia profesional, precisamente porque tienen dignidad[30].

Con respecto al término de dignidad, todo ser humano posee una dignidad intrínseca e inviolable, y que es universal e independiente de su situación.

Esa dignidad es inherente a toda vida humana, que le confiere el derecho irrenunciable a la vida y es un deber inexcusable del Estado protegerla, incluso cuando la persona pueda no valorarla. El principio básico debe ser el respeto máximo a la vida humana.

Según el artículo 10 de la Constitución Española, "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que son inherentes, … son fundamento del orden político y de la paz social"[31]. Debe haber, por tanto, un respeto máximo a la vida humana.

Según la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 1 establece que *"La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida"*.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 10.1, establece que todos tienen el derecho al respeto de la dignidad humana por parte de las administraciones públicas sanitarias[32].

El Papa Juan Pablo II, referente al modo de vida de hoy, lo ha llamado *“cultura de la muerte”*[33].

El aprecio por toda vida humana, es un verdadero progreso. Todos los preceptos que nos vienen impuestos, como es la virtud moral, deberían ser aplicados.

Muchas atrocidades que cometieron los nazis tuvieron su origen teórico en “la vida sin ningún valor”. Es necesario también afirmar que, nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad[34].

Con referente a la eutanasia, el Papa Juan Pablo II establece que, *"La eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana"*.

El Juramento Hipocrático establece que "no administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de ese tipo".

El Papa Pío XII en 1957 estableció que, "La vida humana continúa mientras las funciones vitales (biológicas) de los órganos, se manifiesten espontáneamente, sin la ayuda de procesos artificiales. La idea de determinar el instante exacto de la muerte corresponde al médico…"[35].

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica en el que se examinó la bibliografía publicada sobre la eutanasia y la sedación paliativa.

Para conocer esta información y obtener los documentos utilizados para la realización de este trabajo, se usaron diversas fuentes documentales.

En primer lugar, se realizó una búsqueda de las diferentes asociaciones de cuidados paliativos. Se encontraron los siguientes: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL).

A continuación, se eligieron los descriptores o palabras clave que eran más relevantes para el estudio. Las palabras elegidas fueron: ética, eutanasia, cuidados paliativos, dignidad y Europa.

Se han utilizado fuentes documentales, la biblioteca electrónica de la UCAM y a la Universidad Católica San Vicente Mártir para lo referente al ordenamiento jurídico nacional e internacional. Y las bases de datos de la Universidad de Navarra para las cuestiones bioéticas sobre la materia.

Se continuó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden y Scielo donde se encontraron artículos relevantes para la investigación.

Una vez recopilado el material, se realizó una selección de los artículos que fuesen relevantes para el trabajo.

CONCLUSIONES

Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen en la intención, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas.

La diferencia radica también en la dosis y el tipo de fármacos a utilizar en uno y otro procedimiento.

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria deberían conocer, al menos, cuales son los principios reguladores que rigen ambas intervenciones. Dado que también trabajan con pacientes que precisan cuidados paliativos, es preciso que conozcan las dosis de los fármacos a administrar por lo menos, como cultura general en dicha materia.

No existen estudios concluyentes que demuestren que los fármacos en la sedación paliativa reduzcan o acorten la vida del paciente. Por lo que no se debe pretender con la sedación paliativa el deseo de adelantar la muerte.

En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales.

Debido a la no aclaración de dichos términos, muchas personas confunden la eutanasia pasiva como una forma de sedación paliativa.

Parece conveniente que exista un lenguaje común que asigne palabras un significado preciso para ayudar a diferenciar dichos conceptos.

La eutanasia indirecta no puede ser considerada eutanasia, por el principio de doble efecto. No tiene sentido tal definición.

La eutanasia se encuentra prohibida por el ordenamiento jurídico español.

No parece ético dejar morir a una persona sin administrarle medicamentos calmantes para aliviar el sufrimiento, ni desde el punto de vista ético, médico o moral.

Diferente es, administrar medicamentos que acaben con la vida de una persona, y para ello las dosis y tipo de fármacos necesarios para llevarlo a cabo son fundamentales, para distinguirla de la eutanasia.

Existen estudios que establecen que la petición de la eutanasia por parte de los pacientes disminuye con el aumento de formación de los profesionales sanitarios en materia de dolor y cuidados paliativos.

Los profesionales sanitarios de centros de Atención Primaria, podrían conocer la diferencia entre los fármacos en dichas intervenciones, a modo de aumentar sus conocimientos en dicha materia.

BIBLIOGRAFÍA

17.Constitución Española. Edita Boletín Oficial del Estado. Madrid. 2003.

18.Codigo Penal. 19ª Edición. Madrid. Editorial Tecnos. 2013.

19. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea. Editorial Elsevier. España. 2010.

20. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Editorial Editex.1948.

21. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Paris. Edición Casa del Libro. 2006.

22. Sedación Paliativa. Observatorio de bioética Universidad Católica San Vicente Mártir. [Internet] 2014. Disponible en: http://www.observatoriobioetica.org/2014/02/sedacion-paliativa/2455

23. Giménez García A., Granados Bolivar M. Revisión Legislativa de la Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna europea. Biblioteca Lascasas [Internet], 2015; 11(2). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.pdf

24. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. Rev. Cubana Salud Pública. 2012. vol 38 no 1.

25. Ley 41/2002, de 14 noviembre. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 noviembre 2002, núm. 274 [pág. 40126]

26. Departamento de humanidades bioéticas de la Universidad de Navarra. Barcelona. Diario médico. 2002 [actualizado 18 junio 2002 ; citado 8 de Abril de 2018] Disponible en: http://www.unav.es/cdb/secpal4.html

27. Grau Abalo J.; Llantá Abreu M.J. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Rev. Redalyc. 2008. Vol. 4, N°10, 2008, pp. 27-58.

28. Casas-Martinez M.I. ; Mora-Magaña I. ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? Rev. Pers. Bioét. 2017; 21(2): 204-218.

29. Seifert J. Dignidad Humana: Dimensiones y fuentes en la persona humana. Actas del III Simposio Internacional fe cristiana y cultura contemporánea ""Idea cristiana del hombre"", Eunsa, Pamplona Ediciones Universidad de Navarra, S. A. 2002, pp. 17-37.

30. Codorniu N., Bleda M. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm 2011. Vol. 20. No. 1-2.

31. Nombela Cano C., López Timoneda F. La Eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. Rev. Provida press. 2008. Nº. 292.

32. Ley 14/1986, General de Sanidad. 5ª ed., Madrid. Editorial Tecnos. 2003.

33. Declaración de la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española. Madrid, 19 de febrero de 1998.

34. Monge F. Eutanasia y cultura de la muerte. Rev. Medicina de Medicina de la Universidad de Navarra.1984. vol. 27. Nº4.

35. Vinocur, N. Eutanasia y Geriatría. Revista Argentina de Gerontología y Geriatría. 2011. Tomo XXI. n° 2 / 4.

TEMA 13. DIETOTERAPIA EN LA DEMENCIA SENIL EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ
PATRICIA AVELLANEDA CODINA
MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 ÚLTIMAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS
    4.3 ALIMENTOS BÁSICOS EN LA DEMENCIA SENIL
    4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA EN LA DEMENCIA SENIL
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En Europa, el 10% de las personas mayores de 65 años sufren demencia senil anualmente. Si trasladamos esta cifra a España, se estima que alrededor de 500.000 personas al año, lo que convierte esta enfermedad en una verdadera prioridad pública para la sanidad. El deterioro cognitivo se hace cada vez más significativo a lo largo de un periodo de 5 años.

Muchos son los estudios científicos que se han esforzado por evidenciar la influencia directa de la dieta en el deterioro cognitivo de la enfermedad, probando los grandes beneficios y perjuicios del seguimiento o no de una alimentación saludable (Arizaga et al., 2018; Hernando, 2016).

Así pues, el estado nutricional del/de la paciente puede, en el peor de los casos, potenciar mucho más las probabilidades de desnutrición.

Además, no se pueden perder de vista los cambios producidos por el progreso de la misma enfermedad, que generalmente propician un desgaste y empeoramiento de los nutrientes esenciales: “Estas alteraciones se traducen por un déficit de nutrientes claves para la estructura y función cerebral, como por ejemplo: ácidos grasos Omega-3, vitamina E, carotenoides y ácido fólico” (Merayo, 2016).

La nutrición es fundamental desde el inicio hasta el final de la enfermedad, manteniendo una cierta calidad de vida y proporcionando una salud que les permita afrontar esta etapa final tan difícil de la vida.

Queda mucho camino por recorrer, tanto desde la formación sobre educación nutricional a todos/as los/as intervinientes hasta avances significativos en la investigación.

Diversos problemas se presentan en relación con la alimentación, todos, obviamente, consecuencia de las transformaciones producidas por el deterioro progresivo de la enfermedad: olvido de horario, dificultades para la deglución, distracción, etc.).

Dado que las modificaciones negativas se van sumando de manera progresiva, es esencial realizar controles nutricionales continuamente, además de observar atentamente las características metabólico-nutricionales de cada caso (Planas, 2014).

No existe curación, y no se atisban progresos importantes a corto plazo, de ahí la necesidad imperiosa de centrar los esfuerzos en la terapia alimentaria, una dietoterapia que se convierta en complemento o incluso alternativa al tratamiento farmacológico.

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento de todos/as los/as profesionales sobre la nutrición en la demencia senil en la restauración hospitalaria.
- Determinar los beneficios de una alimentación saludable en el tratamiento de la enfermedad.
- Describir las dietas a implantar desde el servicio para mejorar el estado nutricional de los/las pacientes.
- Recordar la necesaria participación de las administraciones sanitarias en la dotación de mayores recursos para los centros hospitalarios así como para la investigación, elemento que garantiza la excelencia que se merece la sanidad pública.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “demencia senil”, “restauración hospitalaria”, “alimentación”, “dietas”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

Los resultados de la investigación sobre la bibliografía de la alimentación y las dietas en la demencia senil son muy inferiores a aquellos que se interesan por los efectos fisiológicos y médicos degenerativos de la enfermedad. Destacan unas pocas guías por parte de algunas asociaciones o consejerías de salud, pero no se incluyen en el campo de la restauración hospitalaria.

Los artículos científicos prefieren los estudios referentes a la prevención en lugar de profundizar en casos clínicos que muestren evidencias durante las distintas etapas que conforman el tratamiento alimenticio.

4.2 Últimas evidencias científicas

Un artículo destaca muy por encima de los demás. Con un estudio clínico minucioso, Yung y cols. (Yung y cols., 2015) han demostrado la trascendencia del aceite de coco para frenar la enfermedad. Con su aportación de ácidos grasos Omega 3, el aceite de coco reduce ostensiblemente el progreso de la demencia, por lo que su presencia se hace imprescindible en todas las dietas.

Teniendo en cuenta la consolidación de la dieta mediterránea como elemento de peso en la prevención y la enfermedad, destaca un aparente estancamiento, más aún cuando están surgiendo nuevas tendencias dietéticas a las que se le está prestando más atención, como veremos a continuación.

4.3 Alimentos básicos en la demencia senil

Distintos nutrientes son esenciales en las dietas que se preparan para los/las pacientes con demencia senil:

- Los ácidos Omega 3 y 6: la carencia de estos ácidos tiene una incidencia extremadamente negativa en la enfermedad, de ahí la imperiosa presencia de los pescados azules (Omega 3) o del aguacate (Omega 6).
- La vitamina C: su función antioxidante es indispensable; se encuentra en naranjas, kiwis, pimiento rojo, fresas, etc.
- La vitamina E: menos conocida que la anterior, sus beneficios están ya asentados; se encuentra en manzanas, espinacas, espárragos y grasas de origen vegetal como el aceite de oliva, entre otros.

4.4 Características de las dietas en la demencia senil

Se enumeran las principales características de las pautas que deben prevalecer en la dieta en la demencia senil:

- La alimentación será variada y sabrosa, y se adaptará a las preferencias de cada paciente.
- La fibra permitirá evitar posibles estreñimientos; por esa razón se incorporarán cantidades sustanciales de frutas, cereales integrales, verduras, etc.
- 2 dietas se sumarán a la mediterránea según los casos:
  > La dieta DASH (Enfoques Dietéticos para detener la Hipertensión en español): baja en sodio y grasas, prioriza el consumo de cereales, frutas, lácteos, verduras, legumbres e ingesta limitada de pollo, pescados y carnes rojas.
  > La dieta MIND: gran referencia del momento, es una mezcla de las dietas mediterránea y DASH; se aumenta el consumo de verduras y reduce el de grasas saturadas de origen animal.

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- La alimentación de las personas con demencia senil debe suministrarse atendiendo a la fase de deterioro en la que se encuentra la enfermedad. No cabe duda de que una detección precoz y una consiguiente intervención dietética adecuada permitirán preservar la calidad de vida del/de la paciente.

- Mantener un buen estado nutricional en el/la enfermo/a debe constituir un auténtico desafío para todos/as los/as profesionales de la restauración hospitalaria, por lo que es indispensable dominar las pautas que requieren las diferentes conductas alimentarias. Sería muy interesante realizar cuestionarios periódicos para comprobar el grado de conocimiento de todo el personal, anticipándose a errores que pongan en serio peligro la salud de los/las pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Arizaga R y cols. Dieta y prevención en la enfermedad del Alzheimer. Neur Arg. 2018: 10 (1): 44-60.
- Hernando Requejo V. Nutrición y deterioro cognitivo. Nutr Hosp. 2016: 33 (4): 49-52.
- Merayo Asensio J. Nutrición en el manejo y la prevención de la enfermedad de Alzheimer. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016.
- Planas Vilà M. Aspectos metábólicos-nutricionales en las enfermedades neruológicas. Nutr Hosp. 2014; 29 (2): 3-12.
- Yung H y cols. Aceite de coco: tratamiento alternativo no farmacológico frente a la enfermedad de Alzheimer. Nutr Hosp. 2015; 32 (6): 2822-2827.

TEMA 14. EL TCAE ANTE EL ABUSO SEXUAL

PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ

ÍNDICE

- 1 INTRODUCCIÓN
- 2 OBJETIVOS
- 3 METODOLOGÍA
- 4 RESULTADOS
- 5 CONCLUSIONES
- 6 BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Por violencia sexual se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento del individuo, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma.

Aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padecen una situación de violencia, aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una acción directa de una agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta.

En muchas ocasiones no es más que una vía involuntaria para pedir auxilio.

La violencia sexual puede afectar a corto y a largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, impidiendo o limitando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

2. OBJETIVOS

Aumentar el nivel de conocimientos y las opiniones del personal sanitario acerca de la violencia de género.

Conocer las barreras organizativas que aprecian y sus propuestas para mejorar la detención precoz y la atención a las víctimas.

3. METODOLOGÍA

Búsqueda de información sobre el tema en cuestión.

Descripción de las intervenciones que el técnico podría hacer para detectar y mejorar la atención a las víctimas de esta situación dentro de una unidad de hospitalización.

4. RESULTADOS

La actitud del TCAE debe ser extremadamente respetuosa debido a la delicada situación en que se encuentra la mujer, las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias.

La mujer será recibida en un espacio acogedor e independiente para que pueda estar sola o acompañada de la persona que desee.

Se deberá esperar a que la mujer verbalice y narre los hechos. Debemos manifestarle que es necesaria su colaboración para poder ayudarla.

Las actuaciones a realizar serán:

1. Valoración de la situación física, psicológica y social.
2. Escucha activa sin emitir juicios.
3. Explicar a la mujer las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas

4. Indicarle que no debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de que se realice la exploración.
5. Tampoco debe beber ni orinar antes de ser tomadas las muestras.
6. Prestar apoyo y acompañamiento durante todo el examen clínico.

Después del alta hospitalaria es aconsejable que se realice una valoración psiquiátrica o psicológica con intervención específica para estas situaciones, para lo cual puede remitirse a la mujer a la unidad de salud mental u otros recursos de la comunidad.

5. CONCLUSIONES

En este primer contacto podemos valorar:

1. Manifestaciones somáticas (temblor, palidez, sudoración…)
2. Comportamiento verbal (tartamudez, bloqueo del habla, verbalización excesiva…)
3. Alteraciones de la conducta (pasividad, ansiedad, sensación de vergüenza…)

La actuación del TCAE es primordial a la hora de reconocer un caso de abuso sexual ya que es una de las primeras personas con las que contacta al entrar en un centro sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

Calvo G, Camacho R. La violencia de género: Evolución e impacto y claves para su abordaje. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería. 2014; 13 (1): 424-39.

Fernandez MC. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto? At. Primaria. 2015; 47 (3); 129-30

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/

TEMA 15. EL TCAE Y EL MALTRATO A LOS ANCIANOS. “SOY HUMANO”

ADRIÁN ÁLVAREZ FERRER

ÍNDICE

- 1 INTRODUCCIÓN
- 2 OBJETIVOS
- 3 METODOLOGÍA
- 4 RESULTADOS
- 5 CONCLUSIONES
- 6 BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las personas mayores pueden ser objetos de abusos por comportamientos o palabras perjudiciales hacia ellas, o si se les priva de aspectos necesarios. Por lo general, con el tiempo el abuso resulta mas frecuente y mas intenso.

El responsable del abuso suele ser un miembro de la familia, generalmente un hijo adulto que cuida de la persona mayor. A veces, los cuidadores profesionales, como a domicilio o los empleados de residencias y otras instituciones, abusan de las personas mayores.

2. OBJETIVOS

Prevenir las situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia los mayores y su entorno inmediato desde una perspectiva de los derechos.

Capacitar a los equipos que trabajan con los familiares y sus familias.

Promover la constitución de redes de apoyo para el mayor y su familia.

3. METODOLOGÍA

La sospecha de malos tratos pone en marcha la primera fase del proceso metodológico de intervención en trabajo social.

En el momento que un profesional del trabajo social tiene sospechas de un caso de posibles malos tratos ha de iniciar un proceso de investigación social de manera rápida para esclarecer los hechos, valorar el riesgo y poner en marcha un plan de acción.

La visita a domicilio puede aportar información valiosa a la hora de investigar un caso de malos tratos.

Observar las dinámicas familiares, los modos de convivencia, responsabilidades, así como los espacios de uso de la persona mayor y si es posible, de la familia en su conjunto, en cuanto a higiene y estado de conservación.

4. RESULTADOS

El maltrato ha de ser prevenido desde muchos ámbitos:

Político, social, institucional…pero también en el ámbito personal y familiar.

Para prevenir el maltrato es importante partir del conocimiento y la formación. Aprender a reconocer cual debe ser el trato adecuado que ha de recibir una persona mayor, transmitir esta información a todas las generaciones (sobre todo a los mas pequeños que son el futuro de nuestra sociedad) y respetar los derechos fundamentales de cada miembro de la sociedad.

5. CONCLUSIONES

Las situaciones de maltrato que afectan directamente a las personas mayores requieren de una actuación especifica, rápida y coordinada entre diferentes profesionales, administraciones e instituciones (públicas y privadas) con la predominancia de los profesionales de la rama médico-sanitaria y de trabajo social.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bauman, Z. Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de cultura económica de España S.L. Madrid 2005

Cenetec. Guía práctica clínica: Detención y manejo del maltrato en el adulto mayor.

Instituto nacional sobre el envejecimiento Manual Merk.

TEMA 16. EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

SILVIA GUERRERO ROJAS

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS/CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Elementos como batas, guantes, mascarillas, gorros y calzas forman parte del equipo de protección individual que ayudan a prevenir la aparición de enfermedades nosocomiales.

Estos elementos se clasifican en cuatro grupos: I, IIa, IIb y III

OBJETIVOS

Nos proponemos a determinar qué son los EPI, su variada tipología e investigar cuáles son las ventajas en su óptimo uso.

Comprobar que el buen uso de los EPI colaboran en la prevención de aparición de enfermedades nosocomiales.

MÉTODO

Se he realizado una revisión sistemática acerca del uso de EPI en nuestra comunidad. Para ello se ha empleado un filtro de idioma castellano-inglés, examinándose las bases de datos CINAHL, Lilacs, MedLine e índex de enfermería en Google Académico. Los operadores booleanos han sido AND, OR y NOT y los descriptores: EPI, centros hospitalarios y equipo de enfermería.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

- El equipo de enfermería juega un papel crucial en la correcta utilización de EPI para la prevención de riesgos laborales.
- Es importante ofrecer al personal sanitario una óptima información y formación sobre el uso correcto de los EPI.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcenegui Parreño, G.; Bartolomé Blanco, L.: Prevención de riesgos laborales. Equipos de trabajo. Ed. Bubok. Madrid. 2017
- Blanco Bartolomé, L.: Prevención de riesgos laborales. Equipos de protección individual. 2ª Edición. Ed. Bubok. Madrid. 2017.
- Constans Aubert, A., Alonso Espadalé, R. M., & Pérez Nicolás, J. (2008). Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario. Medicina y Seguridad del Trabajo, 54(210), 35-45.

TEMA 17. RAYOS X Y RIESGO RADIOLÓGICO

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

ÍNDICE

- ¿QUÉ SON LOS RAYOS X?
- EFFECTOS GENÉRICOS
- TIPOS SEGÚN EL RIESGO ASOCIADO
- CAMBIOS EN EL MATERIAL BIOLÓGICO DESPUES DE UNA INTERACCIÓN CON RADIACIONES IONIZANTES
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ SON LOS RAYOS X?

Los rayos X (básicamente un haz de electrones muy energéticos) son un tipo de radiación electromagnética con una energía tal que no sólo pueden provocar cambios en las moléculas, sino también en la estructura de los átomos que conforman esa molécula, produciendo ionización del átomo, por lo que se denominan radiaciones ionizantes pudiendo causar unos efectos biológicos negativos en los individuos que la reciben, principalmente por el daño que puede sufrir el ADN de las células puesto que los rayos X son absorbidos por el individuo.

- Por lo tanto, se considera que la acción de las radiaciones sobre el organismo es siempre de tipo lesivo, es decir, que produce daño o la alteración de una función (LA TORRE, 2011).

EFECTOS GENÉRICOS

De forma genérica, se puede afirmar que la radiación provocara unos daños u otros dependiendo de cómo actúe (mecanismo de acción), dónde actúe (el lugar de la célula que quede lesionado), y qué cantidad de radiación sea absorbida por la célula (RAMOS et al., 2004). Respecto delos mecanismo de acción, los efectos o lesiones sobre la célula se pueden clasificar en dos tipos diferentes que se describen acontinuación.

- Mecanismo de acción directa (tiene lugar cuando un fotón interactúa con una molécula biológica a la que cede energía (ADN, ARN, enzimas, etc.) En estas condiciones las moléculas resultan ionizadas o excitadas, conduciendo ambos casos a través de procesos de radiolísis, a la alteración de las moléculas “impactadas”).

- Mecanismo de acción indirecta (implica la absorción de la energía disipada en medios intracelulares, principalmente agua. La absorción de la energía de la radiación puede dar lugar a la formación de radicales libres, que son átomos o molécula que contienen un electrón de un orbital externo desapareado.

• CAMBIOS EN EL MATERIAL BIOLÓGICO DESPUES DE UNA INTERACCIÓN CON RADIACIONES IONIZANTES

En relación con el riesgo asociado a la radiación que suponen la aplicación de los rayos X sobre los pacientes, se agrupan clásicamente en dos tipos: estocásticos y determinísticos. El efecto estocástico no depende de la dosis, pero al incrementar la dosis aumenta la probabilidad de que ocurran. Cuando la célula dañada es una célula somática el efecto se manifiesta en el individuo que recibió la radiación (efectos carcinogénicos). Si la célula dañada es una célula germinal se manifiesta en la herencia (efectos heredables). Por otro lado, están los efectos deterministicos que aumentan su severidad a mayor dosis

En los cambios que se producen en el material biológico después de una interacción con las radiaciones ionizantes, es importante tener presente las siguientes generalidades:

- La interacción de la radiación con las células es una función de probabilidad: puede o no interaccionar y, si se produce la interacción, puede o no producir daños o lesiones en éstas.

- La absorción inicial de energía ocurre muy rápidamente, aproximadamente en 10-17 segundos.

- La interacción de la radiación en la célula no es selectiva, pues la energía de la radiación puede depositarse en cualquier sitio.

- Los cambios producidos en las células como resultado de la interacción con radiaciones ionizantes no son específicos, ya que no se distinguen de los daños producidos por otros agentes físicos, químicos o biológicos.

- Los cambios biológicos que resultan de las radiaciones se observan clínicamente sólo cuando ha transcurrido un cierto tiempo (latencia), que depende de la dosis de radiación absorbida y que puede variar desde algunas horas hasta incluso decenas de años.

- Se acepta que la acción de las radiaciones sobre las células es siempre de tipo lesivo, ya que ocasiona una lesión o pérdida de información en el material genético, que se manifestará siempre como la pérdida de una función o de una actividad específica.

BIBLIOGRAFÍA

- **BAYO, N. (2001**). Reacción celular ante la radiación. Radiobiología,
  1(1), 9-11.
- **RAMOS N, Oswaldo; VILLARREAL U, Manuel (2013).** Disminución de la dosis de radiación en el radiodiagnóstico. Rev. chil. radiol., Santiago , v. 19, n. 1, p. 5-11
- **LATORRE, E. (2011).** Radiobiología médica. Madrid: AC editorial.
- **ICRU.** Patient Dosimetry for X Rays used in Medical Imaging (Report 74). 2007.

TEMA 18. LUPOS ERITEMATOSO SISTÉMICO. AFECTACIÓN DE LA PIEL Y AFECTACIÓN SOCIAL.

MARIA ÁNGELES CÁNOVAS SAURA

GREGORIA CASTEJÓN CARRIÓN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MANIFESTACIONES/SINTOMAS.
- DIAGNÓSTICO: PRUEBAS DE LABORATORIO
- TRATAMIENTO
- PROBLEMAS EN LA PIEL Y RECHAZO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

¿De donde viene el nombre de “lupus”?

En la cara de muchos enfermos de lupus podemos observar una erupción de color rojo, que recuerda al pelaje de la cara del lobo, que en latín es *lupus.*

Enfermedad

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica en la que el sistema inmune del enfermo ataca a distintos órganos y tejidos (multisistémica) provocando daños e inflamación.

Afecta a piel, riñones, articulaciones, etc.

MANIFESTACIONES/SÍNTOMAS

Las manifestaciones clínicas son variadas. El LES puede aparecer:

- En forma brusca con fiebre
- Frecuentemente, durante meses, con malestar general y artralgias.

Puede comenzar con cefaleas vasculares, epilepsia o psicosis. Puede afectar a cualquier órgano o sistema y tener brotes periódicos.

Los síntomas varían mucho de una persona a otra, pero el 90% aprox. Presentan afectada la piel y mucosas y manifestaciones articulares y musculares.

MANIFESTACIONES/SÍNTOMAS

- **SÍNTOMAS GENERALES**: cansancio, pérdida de peso, fiebre prolongada sin causa infecciosa.

- **SÍNTOMAS ARTICULARES Y MUSCULARES**: presentan artritis el 90% de enfermos, presentando rigidez por las mañanas.

- **PIEL Y MUCOSAS**: la lesión de la piel se llama “Eritema en alas de mariposa” que es un enrojecimiento y erupción en la piel cuello, tórax, codos) y en mejillas. Durante los brotes de LES, es frecuente la alopecia generalizada o focal. Otros síntomas son: púrpura, urticaria, etc.

MANIFESTACIONES/SÍNTOMAS

- **MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS**

- **RIÑON**: se produce inflamación→Nefritis. Aumenta la urea en sangre, y en orina se encuentran proteínas o sangre. Esto se traduce en cansancio o subida de la tensión arterial.

- **PULMÓN Y CORAZON**: Se inflama el pericardio (pericarditis) y la pleura (pleuritis). Ambos procesos tienen síntomas parecidos: dolor en el tórax y a veces fiebre.

- **SENSIBILIDAD PARA PADECER INFECCIONES** por la medicación y alteración del sistema inmunitario.

MANIFESTACIONES/SÍNTOMAS

- **ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS (AAF)** pueden ocasionar abortos recurrentes, trombosis y alteraciones hematológicas como trombopenia o anemia hemolítica. Los AAF más conocidos son los anticuerpos anticardiolipina y el anticoagulante lúpico.

- **PULMÓN Y CORAZON**: Se inflama el pericardio (pericarditis) y la pleura (pleuritis). Ambos procesos tienen síntomas parecidos: dolor en el tórax y a veces fiebre.

- **OTRAS MANIFESTACIONES**

DIAGNÓSTICO: PRUEBAS DE LABORATORIO

Los estudios de laboratorio permiten diferenciar el LES de otras enfermedades del tejido conjuntivo. Las pruebas de rutina para diagnóstico junto con síntomas son:

- Anticuerpos antinucleares (ANA) y antiDNA de doble cadena.
- Hemograma completo
- Análisis de orina
- Bioquímica con enzimas renales y hepáticas

Existen unos criterios de clasificación de LES del SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics). Se deben cumplir una serie de criterios y existir una nefritis comprobada mediante biopsia y anticuerpos ANA y antiDNA positivos.

TRATAMIENTO

Su causa es desconocida aunque se cree que tiene origen genético.
No es contagiosa.

Esta enfermedad no tiene cura ya que se trata de una enfermedad autoinmune.

- Consiste en antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antipalúdicos en enfermedad leve. A veces si es remitente no se pone ningún tratamiento.

- Corticoides e inmunosupresores en enfermedad grave

PROBLEMAS EN LA PIEL Y RECHAZO

Las personas que sufren LES, mayoritariamente mujeres entre 14 y 40 años (periodo fértil), presentan problemas en la piel y en mucosas, provocando, según la edad, sentimiento de rechazo en la sociedad, al igual que ocurre con la Psoriasis (descamación de la piel), que por desconocimiento se puede creer que son enfermedades contagiosas.

- ❖ Presentan alopecia que es la pérdida temporal del cabello
- ❖ Fotosensibilidad
- ❖ Llagas en la boca
- ❖ Eritema en alas de mariposa

BIBLIOGRAFÍA

- www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/enfermedades-reumáticas-autoinmumunitarias/lupus-eritematoso-sistémico-les

- www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/lupus-eritematoso-sistemico

TEMA 19. EL MÉTODO DE MANTOUX Y EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

MOISÉS ORTIZ ARRÉS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- PALABRAS CLAVE
- RESUMEN
- DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN
- REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana causada por un germen llamado Mycobacterium Tuberculosis.

La TB se disemina a través del aire, cuando una persona con TB pulmonar tose, estornuda o habla. La tuberculosis sigue siendo una enfermedad de elevada morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

Existen diferentes técnicas de diagnosis para la detección de dicha infección, como son las pruebas de cultivo, las biopsias, aunque la más conocida y utilizada en la actualidad es la Prueba Cutánea de la Tuberculina o Método de Mantoux.

OBJETIVOS

Describir la correcta técnica de aplicación de tuberculina en la detección de tuberculosis, y su importancia.

Determinar los valores de cribado o aceptación para la prueba de Mantoux.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos en diferentes buscadores: SCIELO, Cochrane-Plus, Pubmed-MedLine, Cuiden, Google Académico.

Criterios de Inclusión: Idioma: Español e Inglés. . Búsqueda realizada en Mayo de 2018. Años de Búsqueda (2000-2018)

PALABRAS CLAVE

MANTOUX; TUBERCULINA; DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSIS;

RESUMEN

La prueba cutánea de la tuberculina se realiza inyectando 0.1 ml de derivado proteico purificado de la tuberculina en la cara anterior del antebrazo, con una aguja intradérmica, lejos de venas y/o lesiones, con el bisel hacia arriba.

Cuando se aplica correctamente, la inyección debe producir una elevación leve de la piel en forma de ampolla o induración de 6 a 10 mm de diámetro.

La reacción a la prueba cutánea debe revisarse entre 48 y 72 horas después de administrada. El paciente que no vuelva en un lapso de 72 horas para que le revisen la reacción en la piel necesitará realizarse una nueva prueba.

La reacción debe medirse en milímetros de induración, sin incluir la zona de eritema, a lo ancho del antebrazo.

La interpretación de la prueba cutánea depende de dos factores:

- La medida de la induración en milímetros.
- El riesgo que tiene una persona de estar infectada por tuberculosis y, en caso de estarlo, el riesgo de que evolucione a enfermedad.

La realización de dicha prueba esta indicada en los siguientes casos:

- Cualquier caso de sospecha de diagnostica de TB.
- Contacto con adulto bajo sospecha o certeza de TB bacilífera.
- Primera valoración pediátrica de niños inmigrantes.
- Antes de iniciar tratamientos con inmunosupresores.

Ante la realización de la Prueba Cutánea de Tuberculina podemos concretar los siguientes resultados:

1. La induración de 5 milímetros o más se considera una reacción positiva en:

    - Personas infectadas por el VIH.
    - Una persona que tuvo contacto reciente con otra persona enferma de tuberculosis.
    - Personas con cambios fibróticos que se observen en la radiografía de tórax indicativos de una tuberculosis previa.
    - Pacientes que hayan recibido trasplantes de órganos.
    - Personas inmunodeprimidas por otras razones (p. ej., que estén tomando el equivalente a >15 mg/día de prednisona durante 1 mes o más, o antagonistas de-TNF-a)

2. La induración de 10 milímetros o más se considera una reacción positiva en:

   - Inmigrantes recién llegados a los Estados Unidos (< de 5 años) provenientes de países con alta prevalencia.
   - Usuarios de drogas inyectables.
   - Residentes y empleados de establecimientos o instituciones que congregan a grupos de alto riesgo.
   - Personal de laboratorios de análisis micro-bacteriológico.
   - Personas con afecciones o trastornos que las predispongan a un riesgo elevado.
   - Niños < 4 años de edad.
   - Bebés, niños y adolescentes expuestos a adultos que pertenezcan a grupos de riesgo elevado.

3. La induración de 15 milímetros o más se considera una reacción positiva en todas las personas, incluso en las que no tengan factores de riesgo conocido de tuberculosis. Sin embargo, los programas selectivos de pruebas cutáneas de la tuberculina solo deben realizarse en grupos de alto riesgo.

A pesar de estos valores, existen circunstancias que pueden dar lugar a falsos positivos, como son:

- Alergias cutáneas.
- Infecciones Tuberculosas Antiguas o Recientes aún activas; o Infecciones Virales.
- Vacunación cercana con virus vivo
- Menores de seis meses.
- Aplicación incorrecta de la Técnica.
- Valoración incorrecta de la Reacción.

DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN

La Prueba Cutánea de la Tuberculina o Método de Mantoux es un método estándar para determinar si una persona está infectada por el microbio Mycobacterium tuberculosis. La probabilidad de afectación por este patógeno es mayor si nos encontramos en estado de inmunosupresión o inmunodeprimidos.

La administración y lectura confiable de esta prueba requiere de procedimientos, capacitación, supervisión y prácticas estandarizadas. Por todo ello es necesario conocer los valores determinantes del Método de Mantoux y sus condicionantes; así como las circunstancias que puedan dar lugar a falsos positivos.

REFERENCIAS

I. MAZANA, J.S.. La tuberculosis y sus epónimos: Charles Mantoux (1877-1947). Rev. esp. sanid. penit. [online]. 2009, vol.11, n.1 [citado 2017-1106], pp.17-23. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 20136463.

II. CASCANTE, J. A.; PASCAL, I.; EGUIA, V. M. y HUETO, J.. Diagnóstico de la infección tuberculosa. Anales Sis San Navarra [online]. 2007, vol.30, suppl.2 [citado 2017-11-06], pp.49-65. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137662720070004000005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

III. CDC. Mantoux Tuberculin Skin Test: Training Materials Kit (2003).

IV. CABARCOS ORTIZ DE BARRON, A.; LADO LADO, F. L.; PESTONI PORVEN, C. y LORENZO ZUNIGA, V.. Utilidad de los tests cutáneos (mantoux y prueba de hipersensibilidad retardada) en la infección por el VIH. An. Med. Interna (Madrid)[online]. 2001, vol.18, n.12 [citado 2017-1106], pp.644-649. . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 02127199.

TEMA 20. PAPEL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ACOSO ESCOLAR COMO FACTOR DESENCADENANTE DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y MÉTODOS
5. DESARROLLO DEL TEMA:
    1. DEFINICIÓN DE ACOSO ESCOLAR
    2. TIPOS DE ACOSO ESCOLAR
    3. CAUSAS
    4. ROLES EN UNA SITUACIÓN DE BULLYING
    5. CONSECUENCIAS DEL ACOSO ESCOLAR. AGRESIÓN Y PSICOPATOLOGÍA.
6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

1. RESUMEN

El acoso escolar, bullying o maltrato entre iguales constituye uno de los problemas más importantes y con mayor gravedad de la sociedad actual.

Aparte del daño físico que ocasiona este tipo de acoso es imprescindible hacer hincapié en el perjuicio que produce en la salud psíquica de niños y adolescentes. Está demostrado que una situación de acoso escolar repetida produce a la larga problemas psicológicos que pueden derivar en patologías psiquiátricas como son la depresión, los trastornos de personalidad y aún más grave el suicidio, si no se interviene el problema a tiempo.

Se debe fomentar el papel de la enfermería en este ámbito con el fin de que la realización de diferentes acciones de apoyo y cuidado de la persona acosada frene la aparición de patologías psiquiátricas posteriores.

Palabras clave: acoso escolar, patología psiquiátrica, bullying, enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

El acoso escolar se ha convertido en un problema creciente en los últimos años. Familias desestructuradas, abandono, bajo nivel intelectual o violencia doméstica son algunos de los factores que propician la aparición del perfil del agresor.
Dan Olweus, uno de los pioneros en la investigación del acoso escolar o bullying lo definió en 1983 como: “Un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y agresividad física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros”.

España, según un artículo publicado en el periódico El Mundo en Abril del 2013, es uno de los países a nivel mundial donde las víctimas de bullying reconocen en menor medida haber sido acosadas.

Haciendo referencia a los datos obtenidos por los agentes especializados de la Unidad de Participación Ciudadana, durante el curso 2012/2013 la Policía Nacional recibió en toda España 316 denuncias vinculadas con hechos sucedidos en el ámbito escolar. Entre ellas se encuentran amenazas (63 denuncias), lesiones (213), trato degradante (15), vejaciones (22) o malos tratos de obra sin lesión.

Casi un 54% de las víctimas de acoso escolar grave presenta estrés postraumático, pesadillas, ansiedad, insomnio, flash back o pánico, el 55% sufre depresión y aproximadamente un 52% tiene una imagen negativa de sí mismo, datos recogidos y reflejados en el Estudio Cisneros X “Acoso y violencia escolar en España” publicado en el año 2007.

Este tipo de conductas se producen de forma reiterada, suponiendo un riesgo psicosocial tanto para el agresor o agresores cómo y en gran medida para la víctima, afectando así mismo al resto de compañeros de clase y al entorno, el cual está sometido a un proceso de degradación moral.

Aquellos niños que sufren acoso escolar durante un tiempo, por mínimo que sea, comienzan a desarrollar una serie de síntomas en ciertos momentos de su vida diaria, haciendo que ésta no transcurra con normalidad. Aspectos como hablar en público, relacionarse con nuevas personas e ir a lugares favorables a la interacción social suponen un estrés y temor sobreañadido y a veces incontrolable para ellos.

Con el paso de los años las secuelas del acoso escolar pueden desembocar en problemas psiquiátricos, acentuándose en la edad adulta. El estudio realizado y publicado por la revista JAMA Psychiatry “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence”[1] muestra que la persona acosada tiene un riesgo alto de padecer trastornos psiquiátricos que incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias e ideas y tentativas suicidas. El acosador, por su parte, posee una alta probabilidad de desarrollar trastornos de personalidad.

Debido a todo lo explicado anteriormente es de vital importancia implantar medidas para evitar que se produzcan este tipo de problemas y en cuanto a acciones de enfermería desarrollar actividades de ayuda (terapias, afrontamiento colectivo, etc) con el fin de impedir que este problema produzca en niños acosados un posterior trastorno psiquiátrico.

Decido realizar esta revisión bibliográfica por tratarse de un grave problema de actualidad y para hacer hincapié en la necesidad de la preparación de enfermería en este ámbito. Se necesita seguir investigando acerca del tema para que con el paso de los años disminuya la prevalencia de este tipo de enfermedades psiquiátricas que podrían ser evitables si se tuvieran los conocimientos adecuados prestando así la ayuda necesaria para afrontar el problema del acoso escolar.

3. OBJETIVOS

 Objetivos generales:

- Dar a conocer la gravedad y magnitud del acoso escolar y desarrollar las causas y consecuencias del problema.
- Fomentar el papel de Enfermería en el tratamiento del acoso escolar con el fin de conseguir una disminución de la prevalencia de futuras patologías psiquiátricas mediante intervenciones preventivas.

 Objetivos específicos:

- Desarrollar intervenciones de Enfermería en el ámbito de Atención Primaria orientadas a promocionar la salud escolar.
- Identificar signos y síntomas de violencia escolar.
- Aplicar cuidados integrales a las víctimas de maltrato entre iguales.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica obteniendo la información a partir de un estudio sistemático de múltiples artículos y publicaciones científicas. He seleccionado aquellos artículos en los que el acoso escolar se produce en un rango de edad entre los 7 y 15 años y preferiblemente en las aulas españolas.

Las bases de datos empleadas en esta revisión han sido: Pubmed, Cinahl, ClinicalKey, Scielo, Uptodate y el buscador Google académico. Del mismo modo se ha obtenido información de las páginas oficiales del Ministerio de Sanidad, Portal de Sanidad de Castilla y León, Portal de Sanidad de la Comunidad de Madrid y de la Organización Mundial de la Salud así como de libros relacionados con el acoso escolar y revistas de enfermería.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1 - Definición de acoso escolar

El primero en definir este término fue Dan Olweus, profesor de psicología de la Universidad de Bergen (Noruega) en el año 1978. Olweus definió posteriormente, en el 1993, la victimización o “maltrato por abuso entre iguales” como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno/a contra otro/a, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir pos sus propios medios. Además añade un aspecto importante: la continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos como descenso de autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos.

Otra definición fue la realizada por Ortega y Mora-Merchán en el año 2000: “Situación social en la que uno o varios escolares toman como objeto de su actuación injustamente agresiva a otro/a compañero/a y lo someten, por tiempo prolongado a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenaza, aislamiento social o exclusión social aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse” .

Se han desarrollado numerosas definiciones a lo largo de los años y en muchas de ellas aparecen palabras comunes como: amenaza, víctima, maltrato y agresiones. Todas las palabras con connotaciones negativas, tratándose por ello un problema complejo, de gravedad y que cada vez afecta a más población escolar en el mundo.

Haciendo alusión a la población española afectada, en el año 2005 se hizo un estudio[2] en el centro Reina Sofía de Madrid a través de entrevistas telefónicas a 800 alumnos en un rango de edad de 12 a 16 años (estudiantes de ESO). Los resultados fueron los que se muestran a continuación: un 2,5% de los alumnos de la ESO sufren acoso de forma sistemática en la escuela y el 14,5% declara ser víctima de agresiones. Además se investigaron los lugares más propicios para la producción de acoso siendo la clase, el patio, los pasillos y los alrededores del centro. En cuanto a los tipos de acoso más frecuentes destacan el acoso emocional (en el 90% de los casos) seguido por el físico y por una combinación de ambos.

5.2- Tipos de acoso escolar

El bullying puede ser de diferentes tipos, tal y como afirma Cerezo (2001), pudiendo presentarse como maltrato físico (directo) o maltrato social y verbal (ambos indirectos). Es preciso destacar la aparición actual de una nueva manifestación de bullying entre los jóvenes denominada “ciberbullying” que consiste en acosar a otra persona mediante el uso de la tecnología.

La forma de agresión más frecuente en las aulas españolas es la agresión verbal (insultos, motes ofensivos, hablar mal de la gente), que oscila entre el 55,8% y el 49%, seguida por la exclusión social (hacer el vacío, evitar contacto) que se da en un 22% de los casos. La agresión física directa como pegar (14,2%), robar (10,5%) y romper las cosas de otros (7,2%) se sitúa en tercer lugar. Por último las amenazas y chantajes oscilan entre el 22,7% y el 1% de los encuestados (Informe del Defensor del Pueblo, 2007).

5.3- Causas

Las causas del acoso escolar son múltiples y variadas pudiendo resultar incluso inexistentes en algunos actos de agresión. Un estudio denominado “El acoso escolar entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen victimización” (Díez Aguado y Martínez Arias, 2013) muestra las características personales con las que se relaciona la victimización.

Entre las causas más importantes relacionadas con la victimización y por tanto con la mayor probabilidad de ser acosado se encuentra el ser un chico que no se comporta como la mayoría, ser envidiado por alguien, no saber defenderse, ser nuevo en el centro, ser físicamente diferente o tener buenas notas. Existen otras muchas causas y cada día más frecuentes en el ámbito escolar.

5.4- Roles en una situación de bullying

Perfil del agresor

El agresor es una persona que habitualmente pertenece a familias con mala situación social, donde la violencia y la agresividad son empleadas para el afrontamiento de problemas. Por este motivo son personas que aceptan la violencia con naturalidad. No suele actuar solo ya que busca en numerosas ocasiones el apoyo del grupo. Otros aspectos que caracterizan al agresor son: rendimiento académico bajo, poco control de los impulsos, ausencia de sentimientos de culpabilidad y falta de empatía.

Se pueden distinguir dos tipologías dentro del rol de agresor:

1. La predominantemente dominante: destaca la personalidad antisocial y se relaciona con la agresividad proactiva.
2. La predominantemente ansiosa: caracterizada por baja autoestima, altos niveles de ansiedad y relacionada con la agresividad reactiva. *(A posteriori puede desarrollar Trastorno de Conducta y Trastorno Desafiante).*

Perfil de la víctima

La víctima del acoso escolar suele ser una persona tranquila, introvertida, pasiva, con falta de habilidades sociales y con tendencia a autoculparse en exceso. De forma habitual se encuentra aislada.

Existen diferentes tipos de víctima:

A. La víctima clásica: ansiosa, llena de inseguridades, de carácter débil y con poca destreza social.

B. La víctima provocativa: perfil conductual parecido a los agresores reactivos, que se caracteriza por falta de control emocional.

C. La víctima inespecífica: vista como diferente por el grupo haciendo que esa diferencia la convierta en un claro objetivo para el resto. Esta tipología es la más común.

5.5- Consecuencias del acoso escolar. Agresión y psicopatología

Cada uno de los roles implicados en el acoso escolar tiene mayor riesgo de padecer desajustes psicosociales y trastornos psicopatológicos durante la adolescencia y vida adulta que aquellos chicos y chicas que no han estado expuestos a esta situación (Kumpulaien, Rasanen y Puura, 2001). Además estos trastornos psicopatológicos pueden derivar con facilidad en patología psiquiátrica.

En múltiples estudios se remarca que la duración de la situación de maltrato o acoso es una variable importante en la gravedad del desajuste psicosocial.

Haciendo referencia a la investigación realizada en Canadá “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence” y publicada en la revista JAMA, el sexo femenino tiene mayor riesgo de que el problema de acoso escolar derive en patología psiquiátrica. Así mismo hace hincapié en aquellas patologías psiquiátricas4 que han sido frecuentemente desencadenadas por una situación repetida de “bullying”, las cuales se explican a continuación:

- **Ansiedad**

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como actividad escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

Se asocia a tres (o más) de los siguientes síntomas aunque en niños solo se requiere un ítem para denominarse ansiedad:

— Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

— Fácilmente fatigado.

— Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

— Irritabilidad.

— Tensión muscular.

— Problemas de sueño (dificultad para dormirse, para continuar durmiendo o sueño insatisfactorio).

Trastorno de pánico

Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

— Palpitaciones, o aceleración de la frecuencia cardiaca.
— Sudoración.
— Temblor o sacudidas.
— Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
— Sensación de ahogo.
— Dolor o molestias en el tórax.
— Náuseas o malestar abdominal.
— Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
— Escalofríos o sensación de calor.
— Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
— Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

 Depresión

Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o segundo ha de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

Síntomas principales:

 Estado de ánimo depresivo (triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes)), la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo.

 Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todo los días.

Síntomas somáticos:

- Disminución o aumento del peso o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Sensación de fatiga o falta de energía vital.

Síntomas psíquicos:

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación o planes de suicidio.

 Trastorno de estrés agudo

Trastorno que se origina tras la exposición a un acontecimiento traumático por parte de la persona que lo sufre. Para diagnosticar este trastorno es necesaria la presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes divididos en cinco categorías:

Síntomas de intrusión

 Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.

 Sueños angustiosos en los que el contenido y/o el efecto del sueño está relacionado con el suceso.

 Reacciones disociativas en que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. En los niños la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

 Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo

 Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas como felicidad o satisfacción.

Síntomas de evitación

 Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o asociados con el suceso.

Síntomas disociativos

 Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido a la amnesia disociativa).

Síntomas de alerta

 Alteración del sueño.
 Comportamiento irritable y arrebatos de furia.
 Hipervigilancia.
 Problemas de concentración.
 Respuesta de sobresalto exagerada.

 Suicidio

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

 Ideación suicida: pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

 Intento de suicidio: aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

El suicidio se ha convertido en un serio problema de salud pública en la adolescencia. Las tasas de suicidio entre los jóvenes (15-24 años) se han incrementado a nivel mundial situándose como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (OMS, 2011).

Los problemas psiquiátricos derivados del acoso escolar en la infancia suelen aparecer durante los últimos años de la infancia, adolescencia y primeros años de la edad adulta (en aquellos casos en que el acoso escolar se haya producido durante el periodo de adolescencia). Toda persona que sufre acoso escolar, sin la ayuda necesaria por parte de profesionales, tiene muchas probabilidades de desarrollar problemas psicológicos que finalmente y sin el cuidado que precisan se convierten en patología psiquiátrica.

En el año 2013 se realizó un estudio publicado en la revista JAMA Psychiatry (Revista de la Asociación Médica Americana de Psiquiatría). El objetivo de este estudio era descubrir la relación que existía y como afectaba en niños entre 9 y 16 años el haber sufrido acoso escolar y el riesgo o padecimiento de patología psiquiátrica. Además se analizan factores que favorecen la aparición de esta patología como son problemas familiares (familias desestructuradas, abandono familiar, etc).

De los 1420 participantes (divididos en 3 grupos: víctima, acosador y niño que no ha sufrido acoso) a los cuales se les pasó diversas entrevistas, 1273 pudieron ser seguidos durante los primeros años de la edad adulta. Gracias a este seguimiento y tras la realización de entrevistas y tests para observar la evolución de los participantes los resultados evidenciaron que en el grupo de las víctimas (305) existían mayores niveles de depresión, trastornos de ansiedad y de pánico, agorafobia y suicidio que en el resto de grupos. Para ello se llevó a cabo una comparación del riesgo de las víctimas con el de aquellos que no habían sufrido acoso y se observó que en las víctimas de acoso escolar existía mayor probabilidad de padecer depresión (21,5% de riesgo en comparación con el 3,3% del grupo no acosado), trastornos de ansiedad (riesgo de 13,6% en comparación con el 3,1%) y suicidio (24,8% de riesgo en comparación con el 5,7% del grupo no acosado).

En España, dos casos de suicidio por acoso escolar, Jokin en Septiembre del 2004 y Carla, el más reciente, en Abril del 2013, pusieron en alerta a la población e instituciones de la gravedad y magnitud del problema. Los estudios y más aún los hechos demuestran la importancia del bullying a nivel mundial y lo necesaria que es la implicación por parte del sector sanitario en el desarrollo y evitación de problemas que deriven del mismo.

6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En la actualidad y debido al aumento de casos de violencia escolar se está desarrollando y ampliando el papel de la enfermería dentro de este ámbito.

Hace unos años el bullying era visto como un problema escolar que debía ser tratado en el propio centro. Los profesores y responsables del mismo ponían ciertas medidas para erradicar la situación conflictiva aunque en ocasiones la solución no era lo suficientemente efectiva. Eso siempre y cuando se le diera la importancia que requiere y no fuera achacado a “son cosas de niños” como también ha sucedido en algunos centros según testimonios de familias afectadas.

Con el paso de los años y gracias a las múltiples investigaciones realizadas sobre el tema, la sociedad ha ido tomando conciencia de la gravedad del problema.
La OMS define Salud5 como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o incapacidad”. Esto pone de manifiesto la falta de salud que padece la persona acosada y la importancia del abordaje del problema desde el área de enfermería.

La misión de la enfermería según la ANA (American Nurses Association) consiste en: “La protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

Debe considerarse su relación con la sociedad y en este caso con la violencia escolar tratándolo como problema de salud pública. Esta situación de gravedad exige que el área de salud, y en especial la de enfermería, establezca una dimensión de cuidado en la perspectiva de promover la salud individual y colectiva mediante la práctica interdisciplinaria e intersectorial.

Ha de ser un trabajo organizado y en el que diferentes profesionales entre ellos pediatras, profesores, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros deben coordinarse para la consecución de un mismo objetivo: Prevención, detección precoz y tratamiento de la víctima de acoso escolar.

Las intervenciones de enfermería deben orientarse hacia la promoción de la salud en la escuela y educación para la salud, la identificación de signos y síntomas de violencia y consiguientes necesidades de salud, y en aquellos casos en que el problema se haya producido se realizará el cuidado integral de la víctima de acoso escolar.

Otro papel fundamental de la enfermería en este ámbito es formar a profesionales de la educación e involucrar a alumnos, educadores y familias.
Por tanto, la enfermería es una pieza clave en la prevención, detección temprana y tratamiento del acoso escolar, acciones que han de desarrollarse en su mayoría por parte de enfermeros de Atención Primaria.

Sin embargo, en España es escasa la formación que reciben los enfermeros para poder llevar a cabo ese apoyo y terapias con aquellos niños y familias que lo necesitan. Este hecho lo denuncia un enfermero de Salud Mental de Donostia, Iker Dios Oñativia6, quién remarca la vital necesidad de investigar sobre el tema y crear protocolos y guías de actuación para que la enfermería pueda servir para mitigar en gran medida este tipo de problemas y evitar las complicaciones en que puede derivar.

La intervención enfermera en el acoso escolar no es tarea fácil explicado todo lo anterior pero hay ciertas acciones que pueden conseguir que esta situación mejore e impliquen una correcta maduración en la adolescencia como es la vigilancia de aquellos grupos más vulnerables por sus características de personalidad, detectar síntomas de acoso (miedo a ir a la escuela, introversión, irritabilidad, etc) y en caso de haberse producido proporcionar apoyo y terapia al niño y a su familia.

Existen una serie de rasgos muy frecuentes en este tipo de acoso en los que la enfermera de atención primaria ha de fijarse cuando recibe a un niño que pasa por esta situación: estado de ánimo bajo, cansancio, timidez, evitación o recelo a ir al colegio o instituto, introversión y evasión de preguntas que incidan directamente sobre el problema. El descubrir un niño con este comportamiento constituye el primer eslabón para lograr a través de acciones enfermeras que su maduración y desarrollo posterior sean los adecuados y que el bullying no se convierta en un desencadenante de problemas físicos, sociales o psíquicos.

Para el correcto cuidado del niño que sufre acoso escolar es fundamental llevar a cabo los 3 tipos de prevención:

 Prevención Primaria: está dirigida a evitar la aparición del problema. El papel de enfermería consiste en orientar a familias, niños y adolescentes mediante actividades de educación para la salud así como colaborando con las actividades que se realicen en el sector educativo. La enfermera pediátrica de Atención Primaria es la profesional que ha de llevar a cabo esta Prevención Primaria debido a su fácil acceso y contacto con el niño y su familia en las distintas revisiones en la consulta de enfermería.

 Prevención Secundaria: su objetivo es detectar de una manera precoz aquellos niños y adolescentes que puedan estar padeciendo una situación de acoso escolar. Como se explica en el párrafo anterior las revisiones pediátricas en la consulta de enfermería permitirán observar si existen síntomas de acoso o cambios en su comportamiento, hábitos o estado de ánimo. La enfermera ha de estar atenta sobre los cambios que ha sufrido el niño a nivel psicosomático (alteración del sueño, problemas gastrointestinales y psoriasis entre otros) puesto que constituyen un importante signo de alerta. Una vez detectado el problema se debe iniciar una coordinación con el centro educativo para dar constancia de la situación y aplicar medidas que lo erradiquen (por parte del sector educativo).

 Prevención Terciaria: realización de intervenciones cuando el acoso escolar se ha producido. Su objetivo es ofrecer ayuda a las víctimas y familiares intentando minimizar al máximo los daños que derivan del problema. A esta fase le corresponden todas aquellas actividades destinadas a la evitación del desarrollo de patologías psicológicas y de esta manera patologías psiquiátricas.

En España, la ciudad pionera en introducir y desarrollar la enfermería escolar fue Madrid. La asociación AMECE (Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos) define enfermera escolar como el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado.

En el ámbito educativo además han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de Salud. El trabajo de esta enfermería escolar hoy en día se centra en el control de enfermedades crónicas como diabetes y actividades de promoción y educación para la salud.

Haciendo alusión al tema desarrollado en esta revisión, se está iniciando la elaboración de guías de enfermería para el cuidado y seguimiento de estos niños aunque por el momento las técnicas empleadas son la psicoeducación (procedente de protocolos de psicología) y el afrontamiento del estrés derivado de la situación traumática.

La intervención en este tipo de acoso dependerá del tiempo e intensidad del daño ocasionado. Cuando el acoso haya dejado de producirse las víctimas han de aprender a recuperar su autoestima y confianza durante un proceso gradual. Las técnicas y acciones a través de las cuales el niño va a recuperar su autoestima son llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y psicología.

La actitud que hay que adquirir como enfermera al tratar a un niño que ha padecido acoso escolar consiste en:

- Hablar en un tono suave explicándole cómo se va a realizar la recuperación y mostrando confianza.
- Contacto visual: favorece la comunicación y ayuda a que el niño se sienta seguro.
- Empatía: es fundamental que el niño perciba que le comprendemos y que nos mostramos dispuestos a ayudarle.

 Jamás se debe culpar al niño de la situación. La culpa del acoso escolar la tiene el acosador y no la víctima. Este es un aspecto que hay que reforzar en algunos niños que sienten que ellos son los culpables por ser diferentes o no comportarse como el resto.

 No forzar al niño a contar toda su experiencia. Mantener una postura abierta para favorecer la expresión de opiniones, sentimientos y conducta actual. Para el niño es una situación frustrante el haber sufrido bullying por lo que tardará un tiempo en expresar libremente todo lo que siente y necesita. Una vez haya manifestado cómo se siente se conseguirá su compromiso de colaboración en la resolución del problema.

 Dar una serie de pautas a los padres y profesores sobre cómo deben tratar al niño. En el sector educativo existe el Método Pikas para la detección e intervención en una situación de acoso escolar. Para conseguir una buena recuperación debe existir coordinación entre las acciones de enfermería y las llevadas a cabo por profesores y familia.

Durante el proceso de recuperación hay que enseñarle a enfrentarse a situaciones de estrés e ir recuperando poco a poco tanto las relaciones sociales como desempeñando de manera normal sus actividades académicas.

Existen ciertas técnicas propias de la psicología pero que podrían extrapolarse a la enfermería para mejorar el afrontamiento y superación por parte del niño de esa situación traumática y favorecer un desarrollo adecuado.

Una psicóloga que participa en el programa Recurra-Ginso, asociación que surgió para dar respuesta a familias en conflicto en que los hijos maltratan a miembros de su familia, me informó acerca de varias técnicas que se utilizan en casos de niños que sufren acoso escolar. Una técnica que se emplea es la visualización que ayuda al niño a perder el miedo a que se repita la misma situación. Se le dice al niño que cierre los ojos y se imagine entrando de nuevo en el instituto, relacionándose con sus compañeros y vaya expresando todo lo que siente en cada momento. Esto permite conocer los aspectos más traumáticos de esa experiencia y reducir la ansiedad del niño. También son utilizadas actividades de reforzamiento de la autoestima como la técnica del “yo soy” (en la que se le pide al niño que diga las cualidades que tiene) y la técnica de “imagínate a ti mismo” (en ella debe pensar en cómo le gustaría verse en unos años y explicar las cualidades que tendría, el tipo de vida que le gustaría llevar, la gente de la que le gustaría rodearse, marcando esos deseos como futuros objetivos).

Estas actividades hacen que los niños se sientan mejor consigo mismos y adquieran esa confianza que no existía.

Con la preparación correspondiente y un trabajo en equipo se pude lograr la disminución de aquellas patologías psiquiátricas que derivan del acoso escolar. Por ello es muy importante fomentar el papel de enfermería en este área.

7. CONCLUSIONES

La enfermería debe mejorar su actuación en el área del acoso escolar. Es necesaria la elaboración de métodos de actuación y la realización de una mayor investigación en el ámbito de las intervenciones enfermeras con respecto a este maltrato entre iguales.

Al igual que en Madrid, ciudad pionera en nuestro país en el tratamiento por parte de enfermería del acoso escolar, el resto de comunidades debe poner en marcha un control y cuidado al niño que sufre bullying por parte de atención primaria y salud mental.

La aparición de la enfermera escolar en España facilita la detección del problema en los primeros estadios gracias a su contacto directo con los niños dentro del ambiente educativo.

La colaboración y coordinación de los distintos profesionales (enfermeros, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales y profesores) es fundamental para conseguir el objetivo de la presente revisión bibliográfica: disminuir la prevalencia de patología psiquiátrica en víctimas de acoso escolar.

Conocer las acciones a realizar y las técnicas a utilizar es una tarea compleja como consecuencia de los casi inexistentes protocolos de actuación enfermera en estos casos. Es por esto por lo que la enfermera debe cultivarse día a día investigando y revisando estudios y publicaciones de otros países para obtener mayores conocimientos del cuidado de esta población tan frágil como son las víctimas de acoso escolar.

El resultado de una buena aplicación de los conocimientos e intervenciones a tiempo será un decremento de este problema en las aulas españolas y por consiguiente una disminución de depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y suicidios en nuestra población.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Artlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.

- Avilés Martínez, J.M. Intimidación y maltrato entre el alumnado. Valladolid. 2002.

- Calderero, M., Salazar, I. y Caballo, V. Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. Psicología Conductual, Vol. 19. 2011. (pp. 393-419).

Cerezo, F. Bullying: análisis de la situación en las aulas españolas. 2009.

- Cheng-Fang, Yen, M.D.; Ph. D. “School Bullying and Mental Health in Children and Adolescents”. Taiwanese Journal of Psychiatry. Vol. 24. Taipei. 2010.

- Collell i Caralt, J., Escudé Miguel, C. “El acoso escolar: un enfoque psicopatológico”. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 2. 2006. [3]

- Copeland W.E., Wolke D., Angold A., Castello E. J. “Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence”. 2013. Extraído de: JAMA Psyichiatry. [1]

- Díaz-Aguado, M.J., Martínez Arias, R. y Martín Babarro, J. El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. Revista de Educación, 362. Septiembre-Diciembre 2013.

- Dios Oñativia, I. El estrés crónico y sus efectos durante la adolescencia. El bullying como elemento estresor en los adolescentes. 2014. [6]

- Gázquez, J.J., Cangas, A.J, Pérez-Fuentes, M.C., Padilla, D., Cano, A. Percepción de la violencia escolar por parte de los familiares: un estudio comparativo en cuatro países europeos. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol 7. España. 2007.

- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009.

- Gini, G., Pozzoli, T. Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. Pediatrics. 2013.

- Kirsti Kumpulainem, M.D. Psychiatric conditions associated with bullying. Departament of Child Psychiatry, Kuopio University Hospital, Finland. Adolescent Med. Health. 2008.

- Lozano, F., Salas Rosso, F., Dovar, L. Malestar entre los adolescentes como consecuencia del acoso escolar (Bullying). Revista biomedicina. 2010.

- Martin Babarro, J., Ruiz Espinosa, E., Martínez Arias, R. Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria. Madrid. 2014.

- Mueller, A.S., James, W., Abrutyn S., Levin, M.L. Suicide ideation and bullying among US adolescents: Examing the intersections of sexual orientation, gender, and race/ethnicity. American Journal of Public Health. Memphis. 2015.

- Olweus, D. Bullying at school. What we know and what we can do. 1993.

-Oñate, A., Piñuel, I. Acoso y violencia escolar en España. Informa Cisneros X. 2006.

- Página web oficial de la Organización Mundial de la Salud.

- Portal web oficial de Sanidad de Castilla y León.

- Portal web oficial de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

- Sáenz González, M.P. Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares. Lima. 2010.

- Serrano Sarmiento, A., Iborra Marmolejo, I. Informe: Violencia entre compañeros en la escuela. España. 2005. [2]

- Torres Martínez, P., Ganem, A. E., Milena Contreras, M., Leal, E.K., Soto, M. y Fernández, J. Prevalencia y factores de riesgo para ser víctima de bullying en escolares de 8 a 12 años de edad en una escuela pública. Revista Chilena de terapia ocupacional. Julio 2014.

TEMA 21. AFRONTAMIENTO PERSONAL ANTE EL DIAGNOSTICO DE DIABETES

EVA ARRUFAT GASULLA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DESARROLLO
    2.2 EXPERIENCIA ANTE EL DIAGNÓSTICO
    2.2 AFRONTAMIENTO
3. CONCLUSIONES
4. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

He centrado el trabajo en una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo y que cada vez aumenta más debido a los estilos de vida no saludables. La diabetes es una afectación crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia.(1)

He escogido este tema porque afecta a un gran número de personas y es una enfermedad que seguro nos encontraremos en nuestro día a día en el ámbito sanitario. Esto facilita el estudio y observación de este tema porque se encuentra a nuestro alcance.

Los objetivos que nos hemos planteado son los siguientes:

- Tomar conciencia de la magnitud de la enfermedad, en cuanto a personas afectadas.
- Analizar como las personas viven el proceso de diagnóstico de la diabetes, tanto en relación a quien lo sufre como su familia en nuestra cultura.
- Enterarse de cómo es el día a día de esta población.
- Conocer las estrategias que la persona tiene para afrontar el proceso de cambio que supone la enfermedad y como afecta esto en su curso.
- Entrevistar un caso real que nos afecta de cerca.
- Concienciarse de los cambios que supone la diabetes en su día a día.

Para realizar este trabajo hemos visto conveniente centrarlo en una entrevista semiestructurada y en una busca bibliográfica sistemática, los cuales después analizaremos para poder desarrollar los conocimientos en el tema teniendo en cuenta la sociedad y las creencias de esta.

2.1 Experiencia ante el diagnóstico

Muchos somos los que pensamos que tener Diabetes supone un gran cambio a peor en la vida de la persona. Por eso nos ha llamado mucho la atención las declaraciones de Josu Feijoo, el primer astronauta diabético, en una entrevista que realiza por una chica diabética que tiene un diario digital.(2)
En estas declaraciones hay frases cómo:
“ha supuesto un cambio a mejor... controlar lascomidas, el ejercicio, ser más metódico...”
Otra respuesta que nos causa extrañeza es cuando explica que se lo detectaron a los 24 años, y entonces no tenía ni idea de que era la diabetes. Comenta: *“Los médicos en aquella época me prohibieron case todas las cosas que me gustaban así que estuve 9 meses bastantedeprimido, pero al final decidió vivir cono la diabetes y para la diabetes hasta hoy”.*

En otro diario digital, también de una chica que le dicen Gemma, comenta:” Llevo 6 meses con esta enfermedad, ha sido duro, durísimo...Sobretodo porque temía no poder comer jamás un poco de aquello o estar viendo como comen un postre suculento mientras yo me pido un yogurt. Pero miedo suerte no ha sido así, y me he plantado frente a ese temor, he demostrado que puedo, quizás no cuánto o cuándo quier pero...PUEDO.”(3)

La aceptación de esta enfermedad, como se puede observar por los diferentes testigos, es mayor conforme aumenta el conocimiento sobre ella.
Es muy impactante la frase de Yema donde dice: “Pronto amanecerá una nueva vida que hará regresar a la persona que eras.” Con esto nos hace reflexionar y pensar en la pérdida de identidad que sufren las personas diagnosticadas de este problema pancreático.

El acto de comer es una necesidad que es fundamental cubrirla para que la persona pueda sentir al 100% y poder “funcionar” correctamente. Pero no sólo es una necesidad vital para la vida de la persona en cuanto a funcionalismo del organismo, sino que supone una manera de afrontar los sentimientos y las emociones. Además el no poder traer una alimentación a la que la persona estaba acostumbrada, puede suponer un problema también a nivel social, puesto que la comida nos ayuda a sentirnos parte de una comunidad. Es importante que la dieta te permita comer en sociedad para así conseguir su continuidad en el tiempo, puesto que el ser humano es un ser social.

Personalmente, pensamos que el paciente con diabetes 2, donde la causa principal de la aparición ha sido la obesidad, la persona tiene que estar mucho más controlada y la dieta tiene que cambiar al igual que la actividad de la persona. El cambio en los estilos de vida es más importante y drástico.

Estos dos testigos son de diabetes tipo 1, pero sus declaraciones bien podrían ser de un diabético tipo 2. Con todo esto queremos decir que es importantísimo la personalidad, el carácter, la manera de pensar de cada persona. El momento en el que te lo comunican, de la manera que te lo dicen, de las cosas que te explican... Por eso es importantísima la aportación del personal sanitario en este proceso, puesto que tenemos un papel fundamental en la afrontación de esta enfermedad.

2.2 Afrontamiento

Antes que nada podemos definir afrontamiento como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha con el fin de enfrentarse a una determinada situación.(4) Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo miedo desarrollar para intentar conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. En uno de los artículos que hemos leído nos dice que la diabetes supone una situación de crisis y que la resolución de esta condiciona y modula su continuidad. En el mejor de los casos la persona consigue adaptarse adecuadamente a la nueva situación pero en el peor se instala el bloqueo, la indecisión o la angustia.(5)

Por lo tanto, tal como dice otro artículo, una actitud positiva favorece la valoración de la enfermedad como desafío, cosa que promueve la aparición de estrategias activas de afrontamiento y hace que mejore el cumplimiento del autocuidaje y prevé las complicaciones a corto y largo plazo. Por lo tanto, es una actitud positiva hacia la enfermedad porque hay un grado de responsabilidad y mejor control de la situación.(6)

En cambio, hay una estrategia de afrontamiento en que la persona atribuye la enfermedad (el problema) a causas externas, cosa que favorece una actitud negativa, que implicará que no haya tan buen autocuidaje y puedan aumentar las complicaciones.

Este hecho se confirma en un estudio hecho por una revista al 2003 en que se vio que algunos pacientes expresaban sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renuncias que comporta la diabetes, así como estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o a la resistencia a cambiar. Los pacientes con estos sentimientos se los relacionaba con un peor afrontamiento y menor adherencia al tratamiento (ya fuera, cambiar
hábitos, antidiabéticos orales o insulina)(7)

3. CONCLUSIONES

Una vez realizado este trabajo, podemos decir que sí hemos logrado los objetivos planteados a comienzos del trabajo puesto que:

- Nos hemos dado cuenta de la magnitud que presenta la diabetes puesto que no sólo afecta a personas grandes sino también a personas jóvenes, ya traigan una vida activa o sedentaria.
- Hemos observado cómo, en el momento del diagnóstico de la diabetes, la mayor parte de la gente piensa enseguida en la restricción de la dieta y muchos golpes también en la pérdida de personalidad.

- En este trabajo hemos visto como la población diabética tiene que adaptar su vida en función de su salud, teniendo que tener un buen autocuidaje para prevenir males mayores, como pueden ser las complicaciones a corto y largo plazo.
- Observamos como afrontar de una manera u otra la enfermedad puede tener varias consecuencias, puesto que cómo mejor sea la afrontamiento mejor será la autocuidaje y, así, las consecuencias serán más bajas.
- Hemos conseguido una entrevista semiestructurada, en la que creemos que hemos extraído toda la información que deseábamos y, además nos ha dado la oportunidad de ver esta patología más de cerca.
- Nos hemos dado cuenta, a través de la entrevista, de la evolución que comporta la enfermedad y de los cambios que supone.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Diabetes Federation (2014). “¿Qué es la diabetes?” *International Diabetes Federation.* [En línea]. Bèlgica, disponible a: http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes [Consultat el dia 9 de maig de 2014]
2. Diario de una diabética dulce (2012) “Entrevista a Josu Feijoo, primer astronauta diabético” *Diario de una diabética dulce*. [En línea]. Disponible a: http://diariodeunadiabeticadulce.blogspot.com.es/ [Consultat el dia 11 d’abril de 2014]
3. Diario de una veinteañera... Diabética (2012) “Caí” *Diario de una veinteañera... Diabética* [En línea]. Disponible a: http://somnisdiabetics.blogspot.com.es/ [Consultat el dia 11 d’abril de 2014]

4. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (2014) “¿Qué es el afrontamiento?” *SEAS* [En línea]. Madrid, disponible a: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm [Consultat el dia 1 de maig de 2014]

5. Lorente, I., (2007) “Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico” en *Avances en Diabetologia.* Volumen 23, número 2, marzo-abril 2007, pp. 94-99.

6. Bail, V., (2012) “Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2” en *Argent Salut Pública*. Volumen 3, número 10, marzo 2012, pp. 15-23.

7. Bolaños, E., (2003) “Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo” en *Atención Primaria*. Volumen 32, número 4, pp. 195-202

TEMA 22. PROBLEMA SOCIAL EN ANCIANOS

LAURA CARMONA HERRERÍAS
MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA
CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- AISLAMIENTO Y MARGINACIÓN SOCIAL
- PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN LA MARGINACIÓN.
- DISFUNCIONES FAMILIARES Y SUS CAUSAS.
- MEJORAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR.
- CARENCIAS AFECTIVAS EN EL MAYOR.

INTRODUCCIÓN

Si observamos nuestra sociedad actual y los valores que las sustentan, resulta sencillo entender los problemas que los ancianos sufren para seguir ligados a ella. No es difícil encontrarse con ancianos que refieren que el mundo va muy rápido y el trabajo que supone para ellos no quedarse atrás. La soledad y la indiferencia a los ancianos son un gran problema en nuestra sociedad. Se producen alteraciones que afectan al área social del anciano. Alteraciones Biológicas, sociológicas y psicológicas.

AISLAMIENTO Y MARGINACIÓN SOCIAL

La marginación es el acto de dejar al margen del funcionamiento social de la comunidad al mayor, no incluyéndolo en actividades, propuestas y resolución de problemas propios de un este social vivo. La sociedad excluye a los mayores y sobre todo a los más necesitados, ya sea por discapacidad, soledad...Pero esto es un acto en el que tenemos que pensar y recapacitar porque nosotros seremos personas mayores y nos acordaremos de esas veces que hicimos sentir mal a alguno de ellos. Respetar a nuestros mayores y tratarlos como se merecen es respetarnos a nosotros mismos.

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN LA MARGINACIÓN

Para la prevención del aislamiento en el anciano es importante fomentar los contactos con otros ancianos de su medio a través de actividades programadas o libres. Lo que se hace en las actividades no es lo más importante si no que experimenta el anciano y que siente durante ella. Estimular al anciano es un compromiso de todos. Es importante actuar de inmediato en un caso de marginación averiguando cual puede ser la causa y examinar al anciano en busca de signos por los cuales se ha llegado a la marginación. Para que un anciano no se sienta marginado es importante mantener su aspecto limpio y aseado, no dejar solo al mayor en la medida de lo posible, que no se sienta un estorbo para su familia.

No tomar como primera opción el ingreso del anciano en centros de atención especializados, promover la relación con otros ancianos, motivando siempre al anciano para que no este parado y que siempre se sienta que sigue siendo útil y necesario.

DISFUNCIONES FAMILIARES Y SUS CAUSAS

La familia es el núcleo fundamental en la vida del anciano. Las alteraciones en las familias ya se vean causadas por el cuidado de un anciano o por otros motivos siempre van a afectar en negativo al bienestar del anciano que se encuentre en ella. El ingreso en residencias o otros centros del anciano por problemas en la familia siempre va a desencadenar un fuerte palo para el anciano, algunos de ellos nunca llegan a recuperarse y su salud se ve afectada hasta el punto de caer en depresiones severamente graves. Las causas de disfunciones familiares son las siguientes: Turno rotatorio de miembros de la familia, cambio de domicilio, sentimientos de carga en el anciano, diferencias socioculturales...

MEJORA DE LA DINÁMICA FAMILIAR

Nuestra profesión tiene un papel fundamental para poder ayudar a que la mejora en la dinámica familiar tenga buenos resultados para evitar que el anciano se sienta afectado por ello. Trabajaremos en programas que aporten soluciones a las necesidades familiares en situaciones como la toma de decisiones, motivación del os integrantes de la familia… Nosotros estudiaremos bien el núcleo familiar y necesitaremos tener información del tipo grado de parentesco, situación de la vivienda, número de integrantes de la familia, diaria de actividades del mayor y del resto de la familia, adaptación física del medio a las limitaciones del mayor… Una mejora en el núcleo familiar es la clave para la felicidad del mayor.

CARENCIAS AFECTIVAS EN EL MAYOR

Recibir y transmitir emociones y sentimientos sin duda es vital para los ancianos, lo más importante es sentir que los que les rodean muestran cariño y son capaces de escuchar con verdadero interés. La afectividad se puede trasmitir de diferentes formas, hay personas que tienen mas facilidad que otras para acercarse y dar cariño a los demás, pero cualquier acto de cariño ya sea con abrazos o miradas es válida para satisfacer las necesidades del anciano necesitado. Las mayores fuentes de afectividad se encuentran en la familia, vecinos, amigos, compañeros. La falta de afecto nos lleva en poco tiempo a la marginación y el aislamiento, facilitando ademas patologías graves, la más importante es la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- Friedman, H. S. Non verbal communication between patients anda medical practicationer, J. Soc. Issues 35; pp. 82-99.
- Victoria Cubero, M. La animación sociocultural: una alternativa a la tercera edad. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- INSERSO. Las personas mayoress en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Madrid.
- Aranguren, J. Luis. “La vejez como autorrealización personal y social”, Ministerio de Asuntos Sociales. Inserso 6/1992, Madrid.
- Envejecimiento biológico y salud. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre, Ed. Einsa, Madrid.

TEMA 23. CODIFICACION CIRUGIA DE CONFIRMACION DE SEXO CON CIE-10

JUANA GOMEZ FERNANDEZ

MIRIAM OLIVER SEGURA

ÍNDICE

-INTRODUCCION
-OBJETIVOS
-MATERIAL Y METODO
-RESULTADOS
-CONCLUSION/DISCUSION
-BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS:

La cirugía de confirmación de sexo se basa en los procedimientos quirúrgicos que modifican los genitales de nacimiento de una persona para convertirlos en los del género con el que el paciente se siente identificado. Suelen realizarse a personas transexuales. El proceso se reconoce con varios nombres: cirugía de reasignación sexual, cirugía de reasignación de género, cirugía de reconstrucción genital y cirugía de reasignación genital. Esta reasignación se realiza también en casos de intersexualidad (especialmente en la infancia). Esta reasignación de sexo diferente entre el hombre y la mujer. Implicando en la mujer una vaginoplastia y en los hombres una faloplastia, pudiendo requerir también otros procedimientos secundarios como orquidectomía y vaginectomía.

Entre los riesgos más comunes de este procedimiento se encuentran las infecciones, hemorragias, retención de orina, trombosis, etc.
En 2018 la definición de creación cambia para poder codificar la creación de otras estructuras. Se define creación al procedimiento de colocar material biológico o sintético para formar una nueva parte del cuerpo que en lo posible replique la estructura anatómica o la función de una parte ausente del cuerpo. Se utiliza la cirugía de cambio de sexo y procedimientos correctivos en los individuos con anomalías congénitas.
El objetivo de este trabajo será codificar de manera exacta la creación de una vagina en un hombre utilizando autoinjerto y un pene en una mujer utilizando injerto de donante de banco de tejidos.

MATERIAL Y METODO:

-Se realiza una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando palabras clave como: cirugía de confirmación de sexo, transexuales, reconstrucción genital, cambio de sexo….

-Idioma: Español e Inglés

-Tipos de estudios y documentos: Artículos primarios, revisiones bibliográficas y Manuales de Codificación.

RESULTADOS:

-Diagnóstico principal:
F64.0 Transexualismo.

-Procedimiento para la creación de vagina
0W4M070

-Procedimiento para la creación de pene
0W4N0K1

CONCLUSION/DISCUSION:

Para una correcta codificación de estos procedimientos, el cirujano deberá especificar exhaustivamente como se realizan dichas operaciones, dado que con la CIE-10 se codifica con un mayor grado de especificidad.
Si la documentación no es suficiente para asignar un código de procedimiento se debe consultar las definiciones de CIE Procedimientos. Muchos términos utilizados para construir códigos de CIE -10-PCS, están definidos dentro del propio sistema. Es responsabilidad de los codificadores determinar que partes de la documentación de las Historias Clínicas son equivalentes a e el medico utilice los términos empleados en CIE-10-PCS.

BIBLIOGRAFIA:

-Becerra Fernández, Antonio (2003), transexualidad. La búsqueda de una identidad. Madrid, Díaz de Santos.

-Manual de Codificación CIE-10 Diagnósticos. Edición 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

-Manual de Codificación CIE-10 Procedimientos. Edición 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

-Clasificación Internacional de enfermedades 10ª Revisión. Modificación clínica. Edición Española. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible: https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10mc.html

TEMA 24. REVISIÓN SISTEMÁTICA: LA CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR DE LOS ABUELOS/AS QUE CUIDAN A SUS NIETOS.

LAURA ARANDA RUBIO

MARA ALONSO ALGARABEL

MARTA ARAGÜÉS GARDE

BÁRBARA FATÁS CUEVAS

ÍNDICE

- 1) INTRODUCCIÓN
- 2) OBJETIVOS
- 3) METODOLOGÍA
- 4) RESULTADOS
- 5) DISCUSIÓN
- 6) CONCLUSIONES
- 7) BIBLIOGRAFÍA

1) INTRODUCCIÓN

La población mundial en general y en concreto de España es cada vez más envejecida, así pues, surge la necesidad de investigar acerca de cómo mejorar la calidad de vida de dicho colectivo. Por otro lado, un rol muy importante en una gran proporción de personas mayores en el mundo es el de abuelos y abuelas.

Así pues, ante los importantes cambios sociales y demográficos que estamos viviendo, el interés por el estudio de las relaciones abuelos-nietos se ha acrecentado en los últimos años. Dichos cambios han dado lugar a un nuevo concepto de rol, en el que destaca la figura del abuelo como agente de socialización, ya que los abuelos llevan a cabo en muchas ocasiones tareas de cuidado y educación de los nietos.(1)

Nunca antes en nuestra historia había habido una mayoría de adultos mayores de 40 años con padres vivos. Aumenta el número de abuelos, especialmente las abuelas, que se hacen cargo de sus nietos en todo el mundo. La crisis financiera en las familias ha repercutido en el número creciente de padres obligados a tomar un empleo a tiempo completo. En los países occidentales, la baja disponibilidad o el alto costo del cuidado de los niños hace que los abuelos sean la mejor alternativa para los padres que trabajan, en la mayoría de casos, muchas horas, siendo muy complicada la conciliación laboral y familiar. En otras partes del mundo, los hogares multigeneracionales son habituales, y los abuelos son intrínsecos al funcionamiento y la estructura de la familia, incluso en algunos países con alta proporción de ausencia parental.(2)

Igualmente, como dice Gallardo, “los factores que revelan este gran crecimiento de hogares llevados por abuelas y/o abuelos son: cambios estructurales en la familia intergeneracional, aumento de la esperanza de vida, problemas de salud y toxicomanías o adicciones en padres y madres, maternidad adolescente, valores y normas culturales y las políticas sociales sobre la responsabilidad de la familia con miembros dependientes”.(3)

Actualmente, los abuelos y nietos pueden compartir un número elevado de años, incluso décadas. Como consecuencia, un mismo abuelo puede llegar asumir roles muy diferentes dependiendo de las circunstancias personales, económicas, familiares y sociales en la que se halle. El rol de abuelo se caracteriza, por tanto, por una gran variedad, pudiéndose encontrar abuelos de edades, niveles socioeconómicos, situaciones laborales, recursos y apoyos sociales muy diversos y heterogéneos entre sí.(4)

Además, se considera que los abuelos y abuelas son una parte esencial en la familia, y que para los niños esta relación es muy importante, teniendo en la etapa de infantil un efecto muy positivo con una gran carga afectiva y emocional, tanto para los abuelos como para los nietos. Los abuelos y abuelas en muchos casos pasan bastantes horas con sus nietos apoyando la crianza y la educación de los niños. Asimismo, las personas mayores disponen de muchos conocimientos obtenidos a lo largo de sus vidas, y muchos aspectos positivos con los que contribuir al proceso educativo de los más pequeños.(5)

En este sentido, tal como explica en su trabajo Puello, “el saber y la experiencia deben ser recuperados y valorados por las generaciones jóvenes, ya que representan la fuente y fortaleza de su identidad cultural y sirven de fundamento y guía para la construcción de proyectos de vida. Esta concepción busca lograr que el hecho de ser adulto mayor no sea un estigma, sino que, por el contrario, sea la posibilidad de ocupar un espacio privilegiado en el entramado social al que se pertenece”. (6)

Por otro lado, el concepto “calidad de vida”, esencial en esta revisión sistemática, adopta una gran importancia cuando hablamos de personas mayores ya que, a veces, los servicios que reciben están muy limitados a nivel asistencial, el cual solo cubre necesidades básicas, y no considerando a la persona mayor como un ser integral. (7)

La cercana vinculación existente entre abuelos y nietos es el cauce normal a través del cual las nuevas generaciones entran en comunicación con los valores, asumiéndolos y haciéndolos suyos, posibilitando la permanencia de un modo de pensar y sentir que otorga a la continuidad una identidad familiar. Se afirma que la familia sigue siendo el eje central de la vida de las personas mayores, constituyendo una de las claves más significativas de su calidad de vida, además del apoyo material y moral más relevante. (8)

En suma, se puede observar que la cuestión de los adultos mayores y en concreto los abuelos y abuelas, desde el aspecto cuantitativo, vale la pena prestarle una atención especial por parte de todos los investigadores de los cambios y transformaciones sociales, de la manera más multidisciplinar posible. (9)

2) OBJETIVOS

- Analizar las influencias de cuidar a los nietos, tanto positivas como negativas, en la calidad de vida y bienestar de los abuelos y abuelas.

3) METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un trabajo de revisión que siguió las siguientes etapas metodológicas:

1) definición de los criterios de selección,
2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados,
3) selección de los títulos y resúmenes que entran dentro de los criterios de selección,
4) revisión de los artículos a texto completo de los estudios potencialmente escogidos,
5) para finalizar con un análisis y síntesis de los datos.

Perfil y estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas fueron Medline a través de Pubmed (1996-2017), Dialnet dedicada a ciencias sociales (2001-2017) e ISOC (2006-2017). La búsqueda se realizó entre el 28 de noviembre de 2017 y el 30 de noviembre de 2017.

En cuanto concierne a Pubmed, las palabras clave utilizadas fueron los Mesh "Quality of Life" AND "Grandparents" se obtuvieron 9 resultados, de los cuales 7 interesaban para el trabajo por título y resumen. 5 estudios se escogieron para formar parte del estudio, ya que entraban dentro de los criterios de exclusión e inclusión, leídos ya a texto completo.

En Dialnet, Se buscó en título "Calidad de vida en abuelas" y se hallaron 51 documentos, eligiendo rango de años del 2010 al 2019, obteniendo 35; y texto completo, obteniendo pues 30 documentos. Según título y resumen han servido 6 documentos, de los cuales 3 valían para la presente revisión por la revisión a texto completo.

En la base de datos ISOC, busqué en el apartado “Búsqueda por campos” los términos a investigar: “Calidad de vida” y “personas mayores” encontrando 7 documentos, de los cuales, por título y resumen, me han servido 4 trabajos. Finalmente, se seleccionó 1 estudio que entraba dentro de los criterios oportunos, una vez leídos a texto completo.

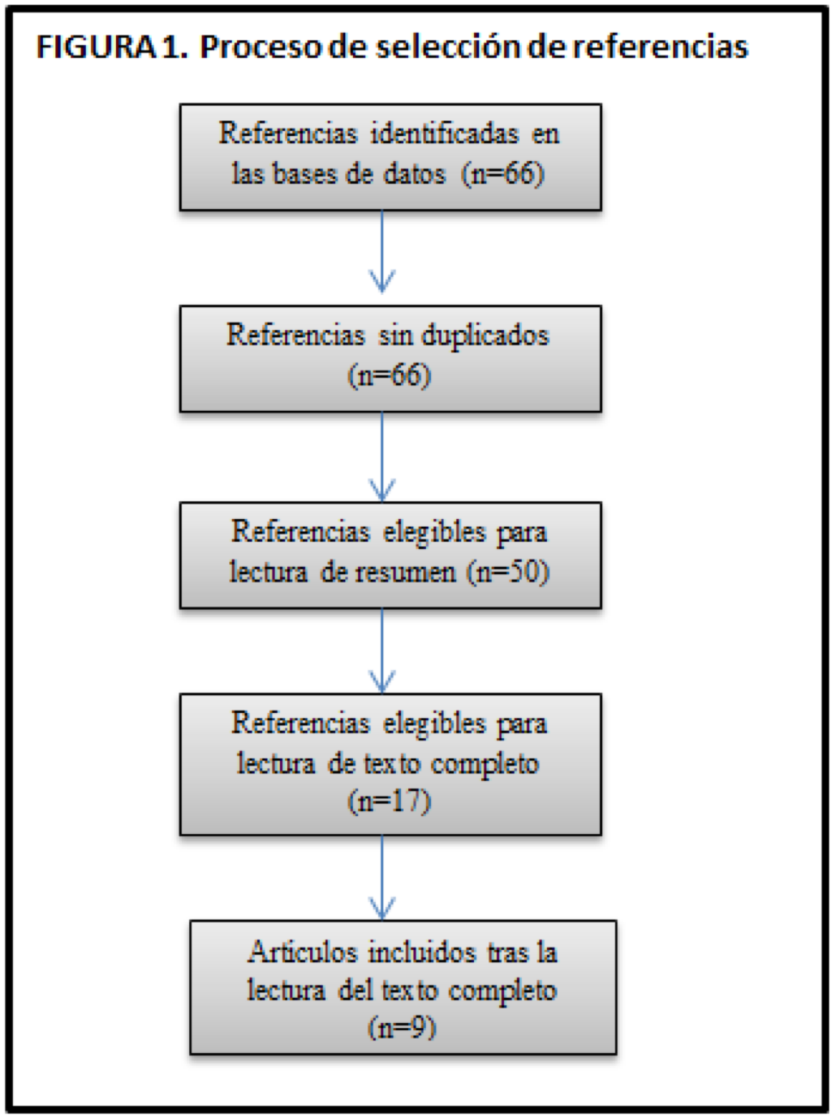
La selección inicial de los trabajos se efectuó a partir de los títulos y resúmenes obtenidos en las bases de datos. Seguidamente, se recuperaron las publicaciones completas de los estudios primeramente seleccionados.

Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron los estudios empíricos originales publicados en revistas científicas, que plantean entre sus objetivos de investigación y/o hipótesis analizar la calidad de vida en abuelos que cuiden a sus nietos (abuelos sanos sin discapacidad ni demencias). También las editoriales de revistas científicas y los artículos de revisión sobre el tema. Se incluyeron los estudios con resúmenes disponibles y publicados en inglés o español.

Se excluyeron de la selección inicial los estudios que no abordan la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores cuidadoras de sus nietos en sus hipótesis y objetivos de investigación, los estudios con objetivos diferentes al análisis de la calidad de vida, y las investigaciones sobre otros tipos de característica u otro aspecto sobre la relación intergeneracional y sus causas. Se prescinden, además, casos clínicos y entrevistas. Por motivos de ausencia de artículos encontrados que tratasen específicamente el tema, no se excluyó la búsqueda temporalmente.

4) RESULTADOS



Autor(es)	Título	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Meredith Minkler, Esme Fuller-Thomson(10)	The Health of Grandparents Raising Grandchildren: Result of a National Study	Este estudio compara la salud funcional y autoevaluada de los abuelos que crían a sus nietos con la de los abuelos no cuidadores.	Los abuelos con crían a sus nietos fueron significativamente más propensos a tener limitaciones en 1 de 5 ADV examinadas, y más de la mitad informaron algunas limitaciones en 4 de las 5 ADV. Un análisis de regresión logística indicó que los abuelos cuidadores tenían un 50% más de probabilidad de tener una limitación de ADV. Los abuelos que custodian a sus nietos fueron tienen una menor satisfacción con la salud, y la tendencia estadística indicó que los cuidadores tenían una menor autoevaluación de la salud.	No solo es probable que esos abuelos sean más pobres, menos educados, más aislados socialmente y más deprimidos que sus contrapartes no supervisoras; como lo demostró este estudio, también es más probable que informen limitaciones de salud funcionales significativas. Este hallazgo, junto con el hecho de que los cuidadores abuelos informan una menor satisfacción con su salud y una tendencia hacia una peor autoevaluación de la salud, sugiere la importancia de una mayor atención de investigación a la salud y el bienestar de los abuelos que crían nietos
Cristina Noriega García, Cristina Velasco Vega(1)	Relaciones abuelos-nietos: Una aproximación al rol del abuelo	Estudiar el rol del abuelo y como le afecta el cuidado de los nietos.	El 95% de los abuelos españoles muestran unos niveles elevados de satisfacción. La mayoría de abuelos refieren que los nietos les ayudan a sentirse útiles, jóvenes, felices y además perciben mayores niveles de apoyo social. Existe una mayor presencia de síntomas depresivos en abuelos que han perdido el contacto con sus nietos, sobre todo cuando la pérdida tuvo lugar de una forma brusca.	Muchos abuelos llegan a asumir tareas relacionadas con la educación de los niños que en principio corresponderían a los padres. Mientras que para unos abuelos esta situación se vive con una gran alegría y satisfacción para otros puede ser una fuente de mucho estrés, sobre todo cuando el número de horas dedicadas al cuidado son muy elevadas, hay una falta de reconocimiento por parte de los hijos y cuando las tareas de cuidado son percibidas como una obligación

Feng-Ten Tsai(11)	The maintaining and improving effect of grandchild care provision on elders' mental health: Evidence from longitudinal study in Taiwan	Este estudio tiene como objetivo determinar el impacto de la provisión de cuidado de nietos en la salud mental de los ancianos mediante la autocomparación y el diseño del estudio longitudinal	Los ancianos que continuamente cuidaban a sus nietos o que empezaron a cuidar a sus nietos se sentían significativamente más felices y disfrutaban de la vida más que antes y más que los ancianos que no brindan cuidados a sus nietos.	El estudio ilustra cómo cuidar a los nietos mantiene la salud mental de los ancianos, especialmente mejora aspectos como la soledad y la depresión, aspectos básicos en la calidad de vida.
Vivian R. Moore, Sheila D. Miller(12)	Coping Resources: Effects on the Psychological Well-Being of African American Grandparents Raising Grandchildren	Investiga cómo los recursos solidaridad intergeneracional, el apoyo social informal y la espiritualidad mejoran el bienestar psicológico de los abuelos afroamericanos que están criando a sus nietos.	Los estudios contemporáneos describen cómo los abuelos custodios encuentran sentido en sus vidas al experimentar la crianza de un nieto. Estos estudios informaron que los abuelos que criaban nietos que se sentían apreciados, valorados como personas y quienes sabían que estaban haciendo un buen trabajo y podían ayudar a su hijo y nieto tenían un bienestar psicológico positivo.	La investigación sobre los abuelos que crían nietos ha demostrado claramente que, sin embargo, hay muchas fortalezas y recompensas psicológicas asociadas con la crianza de nietos en la edad adulta de mediana edad y avanzada. La evidencia de apoyo de varios estudios empíricos reveló que el bienestar psicológico de algunos abuelos afroamericanos se mejora al criar a sus nietos.
Gallardo Flores, Ana.(3)	Género y cuidado: El caso de las abuelas cuidadoras	Revisar la situación actual de las mujeres abuelas que cuidan de sus nietos y, en muchas ocasiones, de una persona dependiente.	La percepción de ayuda e intercambio que las abuelas cuidadoras tienen de sus redes de apoyo equilibran sus experiencias estresantes cotidianas haciéndoles sentir útiles y necesarias.	Las abuelas, dada su edad y su trayectoria de vida requieren apoyos y recursos que en la actualidad no son suficientes.
Stephen Campbell, Katherine Burn, Cassandra Szoeke(2)	Grand-parenting for healthy ageing in women: Fact or fiction?	Examinar el impacto de la responsabilidad de cuidar en el envejecimiento de la salud y el bienestar.	Si bien hay efectos positivos sobre el estado de ánimo, la inclusión social y la cognición, la cantidad de tiempo que se pasa con los nietos es un factor importante. La crianza con gran	Hay evidencia emergente de que la crianza de los hijos está asociada con el envejecimiento activo y saludable. Esta es una actividad social compleja y los aspectos del rol son relevantes

			frecuencia puede asociarse con el estrés, lo que puede anular los efectos positivos. Mientras que pasar tiempo con nietos puede tener beneficios para un envejecimiento saludable, demasiado puede ser perjudicial. Por lo tanto, los efectos en la salud física y emocional del envejecimiento dependen en gran medida del contexto y la intensidad del cuidado requerido.	para la investigación del cuidado, que ha delineado la importancia del estrés del cuidador y la carga de la atención.
M.A. Muñoz-Pérez, F. Zapater-Torras(13)	Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas	Conocer la repercusión del cuidado a tiempo parcial de los nietos sobre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido por las abuelas cuidadoras.	De las 129 participantes, 44 eran cuidadoras. La edad media de la muestra fue de 62,4 ± 6,3 años. El apoyo social percibido fue significativamente mayor en el grupo de cuidadoras que en el resto (48,5 [40,2-53,7] frente a 42,0 [36,0-47,0]; p = 0,006). No se encontraron diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre los 2 grupos. La salud mental percibida fue mejor cuando el motivo que originó el cuidado era el trabajo de los padres y el apoyo social fue mayor cuando la iniciativa del cuidado partió de los padres y peor cuando los nietos dormían en casa de la abuela.	El cuidado de los nietos constituye un elemento favorecedor del apoyo social percibido por las abuelas y no tiene una repercusión significativa sobre su salud.
Ling Xu, Fengyan Tang, Lydia W.Li, Xin Qi	Grandparent Caregiving and Psychological Well-	El estudio examinó el cuidado de los abuelos y el bienestar	Los abuelos pasan un promedio de 11.96 horas a la semana cuidando a sus nietos. El tiempo	Un mayor gasto de tiempo en el cuidado de los abuelos generalmente es beneficioso para

5) DISCUSIÓN

En general, la mayoría de estudios muestra lo beneficioso que es para las personas mayores y su calidad de vida y bienestar el cuidar de sus nietos. Pero siempre con la condición de que no sea algo impuesto y que la cantidad de horas que dedican a ese cuidado no sea excesiva a sus capacidades físicas y mentales.

Así pues, hay evidencias de que la crianza de los hijos está asociada con el envejecimiento activo y saludable, pero hay que tener en cuenta la importancia del estrés del cuidador y la carga de la atención.(2)

En general, los ancianos que no brindaban cuidados a los nietos se sentían solos con más frecuencia. Pero para los ancianos que alguna vez cuidaron a sus nietos, los riesgos de tener síntomas depresivos aumentaron significativamente después de que no atender a los nietos. Asimismo, existe un riesgo de tener un peor estado de salud mental en aquellos que no cuidaban a sus nietos. Por el contrario, los ancianos que continuamente cuidaban a sus nietos o comenzaron a cuidar a sus nietos se sentían más felices. También hay mayor disfrute de la vida en personas mayores que cuidan a sus nietos con los que no.(11)

Un estudio verifica que cuidado de los nietos constituye un aspecto favorecedor del apoyo social percibido por las abuelas y no tiene una consecuencias significativas sobre la salud de las susodichas.(13)

Además, los estudios de investigación contemporáneos indican que los abuelos que afrontan una variedad de desafíos en la crianza de sus nietos son capaces de enfrentar con éxito estas situaciones si obtienen una cantidad suficiente de recompensas psicológicas por la crianza que realizan. Estas recompensas incluyen una mayor satisfacción, sentimientos de utilidad y un mayor orgullo en sus propias habilidades para enfrentar nuevos desafíos (12).

Otro estudio muestra que el tiempo de cuidado de los abuelos se relaciona significativamente con tener menos síntomas depresivos y no una mala calidad de vida. Por lo tanto, se confirma que el cuidado de los abuelos es beneficioso para el bienestar psicológico. Por otro lado, el cuidado de abuelos no se correlaciona significativamente con la calidad de vida. (14)

En general, los resultados de otro estudio sugieren que cuidar de los nietos es beneficioso para la salud física de los abuelos, especialmente para las abuelas. Sin embargo, la relación causal entre la provisión de cuidado de nietos y la "buena salud" es difícil de identificar, incluso en estudios longitudinales. Aunque en este estudio se da cuenta de las características del ciclo de vida de los abuelos, que están asociadas tanto con la salud actual como con la probabilidad de brindar cuidado de nietos, y también tienen en cuenta las características socioeconómicas y demográficas básicas, es aceptable que conste una mejor salud cuidando de los nietos, manteniendo o aumentando sus niveles de actividad física y comportamientos/hábitos de salud que se asocien con una mejor salud física y bienestar.(15)

Igualmente, otros estudios afirman que el rol de cuidador también puede mejorar el sentido de propósito de un abuelo en la vida y contribuir a los sentimientos de mantener la identidad y el bienestar continuo de la familia. Por lo tanto, el apoyo social parece ser crucial para el desarrollo físico y la salud mental de los abuelos que crían a sus nietos, así como a su capacidad para hacer frente a las demandas de la crianza de los mismos. (16)

Del mismo modo, otro estudio mostró que los ancianos que continuaban y comenzaban a brindar cuidados a sus nietos se sentían más felices y disfrutaban de la vida más que antes. Además, la salud mental de los ancianos dejó de proporcionar atención de nietos cayó bruscamente. No obstante, también se reconocieron los posibles riesgos que los nietos pueden tener sobre la salud física y mental de los ancianos cuando la carga de trabajo es excesiva y no correspondida con lo que el abuelo puede hacer. (11)

Así pues, los abuelos cuidadores fueron significativamente más propensos que los no cuidadores a tener limitaciones en 4 de las 5 actividades básicas de la vida diaria examinadas. Eso podría ser un detonante estresante de la vida para ellos, por falta de recursos que sufren muchos abuelos cuidadores. Según el estudio, los abuelos que tienen la custodia de sus nietos tienen casi el doble de la tasa de depresión que los abuelos no supervisores. Este hallazgo, junto con el hecho de que los cuidadores abuelos informan una menor satisfacción con su salud y una tendencia hacia una peor autoevaluación de la salud, sugiere la importancia de una mayor atención de investigación a la salud y el bienestar de los abuelos que crían nietos. (10)

Hay que tener en cuanta esta diferencia ya que, según los estudios, los abuelos custodios que crían nietos experimentan niveles intensos de estrés que puede llevar a la depresión y otras formas de angustia psicológica. (17)

Igualmente, por diversas circunstancias, muchos abuelos llegan a ocuparse de tareas relacionadas con la educación de los niños, las cuales corresponderían a los padres y madres. Mientras que para unos abuelos esta situación se vive con una gran alegría y satisfacción, para otros puede ser una causa importante de estrés, más aun cuando el número de horas empleadas al cuidado se sobrepasan, hay una ausencia de reconocimiento por parte de los hijos y las labores de cuidado son apreciadas como una obligación. (1)

En cuanto hablamos de la situación concreta de las abuelas cuidadoras, éstas están influidas por el género, la edad, factores socioculturales, económicos y étnicos y por las características contextuales de los cuidados en cada momento y situación. Las abuelas cuidan por deseo, pero también por necesidad. Son, hoy en día, la ayuda primordial con la que pueden contar las familias, y en ocasiones la dedicación a los nietos va más allá de lo que querrían o de lo que sus fuerzas permitirían a causa de la edad. También se cansan y a veces incluso en exceso, pudiendo dar lugar a un empeoramiento de su calidad de vida y bienestar.(3)

En su gran mayoría, las abuelas asumen de manera natural el cuidado secundario de los nietos y muy factiblemente éste sea causa de satisfacción y de reforzamiento de las relaciones familiares, sobre todo con los hijos. Esto lograría revelar por qué el apoyo percibido aumenta cuando son los hijos los que solicitan a las abuelas que cuiden de los nietos y, principalmente, cuando son causas laborales. Sin embargo, también es necesario nombrar el deterioro que presentan las abuelas en relación con el apoyo confidencial e íntimo cuando los nietos duermen de manera habitual en el domicilio de éstas, posiblemente porque limita sus propias relaciones personales, algo importante a tener en cuenta.(13)

Otros hallazgos sugieren que la manera en la que un abuelo se siente con relación a sus responsabilidades puede ser un aspecto clave al estudiar su influencia en la salud y el bienestar de los mayores. Está claro que cuidar niños (y más cuando son muy pequeños) requiere una gran inversión tanto física como emocional. Hay que tener muy en cuenta que lo que puede ser física o emocionalmente asequible para un abuelo puede ser imposible de manejar para otro. También hay una serie de elementos de este rol que pueden afectar en el resultado, como cuántos nietos tienen que cuidar, la edad de los pequeños y las actividades que realizan con ellos. (2)

Finalmente, el nivel de capacidad funcional, la propia personalidad y las oportunidades que le da el medio social determinan la calidad del estilo de vida y, como resultado, la autopercepción de salud del abuelo. Los estudios científicos han descubierto que los adultos mayores que se sienten satisfechos y apoyados por sus redes sociales (familia, amigos, vecindario…) tienen mejor autopercepción de salud que quienes se sienten insatisfechos y con escaso apoyo social (6). De ahí radica la gran importancia de apoyar y ayudar a los abuelos que cuidan a sus nietos para que su calidad de vida no se vea mermada, teniendo siempre en cuenta sus capacidades y características, además de sus deseos y necesidades. Ellos tienen derecho de vivir su propia vida sin verse obligados y envueltos en un cuidado que no les pertenece.

6) CONCLUSIONES

Como hemos conocido en esta revisión sistemática, el cuidado de los nietos puede influir en la calidad de vida de los abuelos y abuelas dependiendo de varios factores.

Principalmente, se destacan los estudios que demuestran que mejora la situación de los mayores cuando cuidan de sus nietos de una manera no obligada y adaptado a las características de la propia salude del abuelo. Los abuelos disfrutan mucho con las relaciones intergeneracionales, se sienten útiles, se alejan de la soledad y les ayuda a mantener y/o mejorar su salud física y mental. Generalmente, se sienten más felices y alegres.

Sin embargo, la situación difiere ligeramente cuando se trata de abuelos y abuelas que custodian y tutelan a sus nietos y conviven con ellos, convirtiéndose en los criadores principales. La falta de apoyos, la escasez de recursos, ausencia de tiempo libre y todo lo que conlleva criar a un niño/a puede empeorar la calidad de vida de estas personas debido al estrés, preocupaciones y a la escasez de ayuda recibida en muchos casos.

Claramente, el rol de las abuelas y abuelos de este país y del mundo es un papel fundamental y clave para la socialización y el correcto funcionamiento de la vida social y familiar. Tenemos mucho que agradecerles, ya que son sustento y fuente de bienestar en las familias. Así pues, veo necesario un planteamiento de intervención social desde las distintas disciplinas basado en los derechos de dicho colectivo a la igualdad de oportunidades. Se requiere intervenir para proporcionar oportunidades a los abuelos cuidadores en su salud, proporcionar su participación en la comunidad y darles seguridad con el máximo objetivo de mejorar su bienestar y su calidad de vida como personas, creando relaciones abuelos-nietos sanas, felices y beneficiosas para ambos.

7) BIBLIOGRAFÍA

1. García CN. Relaciones abuelos-nietos : una aproximación al rol del Abuelo. Rev ciencias Soc. 2013;2013:464–82.
2. Campbell S, Burn K, Szoeke C. Grand-parenting for healthy ageing in women: Fact or fiction? Maturitas. 2016;92:130–3.
3. Gallardo Flores A. Género y cuidado: el caso de las abuelas cuidadoras. In: Línea Temática: 5 Educación y Sociedad: Innovaciones en el Siglo XXI. Sevilla: Innovagogía; 2012. p. 1711–21.
4. Noriega García C. Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos: valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar. Universidad Complutense de Madrid; 2015.
5. Murcia MÁM. Contamos con abuelos y abuelas. Trabajo Social Hoy. 2010;7–24.

6. Puello FG. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. Ciencia e innovación en Salud. 2013 Jun;1(1):69–77.

7. Chaves SS. Calidad de vida en las personas mayores. Apuntes de Psicología. 2004 Sep;22:277–88.

8. José A, Alonso B. Envejecer viviendo. Envejecimiento activo en la población jubilada de la Vega Baja de Alicante. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante; 2013.

9. Grosman CP, Herrera M. Una intersección compleja: Ancianidad, abuelidad y Derecho de Familia. Oñati Socio-Legal Ser. 2011;1:1–29.

10. Minkler M, Fuller-Thomson E. The health of grandparents rasing grandchildren: Results of a national study. Am J Public Health. 1999;89(8):1–8.

11. Tsai FJ. The maintaining and improving effect of grandchild care provision on elders' mental health-Evidence from longitudinal study in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2016;64:59–65. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.009

12. Moore VR, Miller SD. Coping Resources: Effects on the Psychological Well-Being of African American Grandparents Raising Grandchildren. J Health Soc Policy. 2006;22(3–4):181–97.

13. Muñoz-Pérez MA, Zapater-Torras F. Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. Atención Primaria [Internet]. 2006;37(7):374–9. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656706703833

14. Xu L, Tang F, Li LW, Dong XQ. Grandparent Caregiving and Psychological Well-Being Among Chinese American Older Adults-The Roles of Caregiving Burden and Pressure. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017;72(1):S56–62.

15. Di Gessa G, Glaser K, Tinker A. The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A lifecourse approach. Soc Sci Med [Internet]. 2016;152:166–75. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.041

16. Hayslip, Jr. B, Kaminski PL. Grandparents Raising Their Grandchildren: A Review of the Literature and Suggestions for Practice. Gerontologist [Internet]. 2005;45(2):262–9. Available from: http://gerontologist.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/geront/45.2.262

17. Whitley DM, Kelley SJ, Lamis DA. Depression, Social Support, and Mental Health. Int J Aging Hum Dev [Internet]. 2016;82(2–3):166–87. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091415015626550

TEMA 25. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E) EN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

NAHIA ARRAIZA GULINA

ISABEL CELAYA CALVO

AMAIA CORUJO ELIZALDE

IDOIA LAPARTE CAMPO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PRESENTACIÓN DEL CASO
- VALORACIÓN
- ANÁLISIS DE LOS DATOS
- NANDA – NOC – NIC
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 37 años, ingresa de forma involuntaria en la unidad de psiquiatría a raíz de una descompensación psicopatológica no siendo posible el abordaje ambulatorio.
Fue diagnosticada a la edad de 19 años, de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), donde toma un primer contacto en salud mental en un centro de salud mental (1996).
El despertar de los síntomas se asocia con el inicio de unas prácticas en el laboratorio de Química.

Destaca la ejecución de rituales de lavado frecuentes y con grandes cantidades de jabón en los que empleaba grandes periodos de tiempo. Pasaba una hora enjabonándose en la ducha, lavado de manos frecuente, lavado también de platos y cubiertos antes de las ingestas, llegando a realizar una única ingesta diaria. Sufría amplia repercusión funcional debido a las compulsiones. Los familiares expresaban la nula participación por parte de la paciente en dinámicas y conversaciones familiares.

Así mismo a la edad de 19 años, noto aumento de vello progresivo en la cara y zona periareolar. Fue diagnosticada de hirsutismo y se le indico la toma de tratamiento farmacológico. Cabe destacar la asistencia irregular a las consultas de endocrinología. Se le aplico la escala de Ferriman y Gallway, con el fin de cuantificar el nivel de hirsutismo, logrando un resultado de 21 puntos, es decir, nivel grave.

Es la más joven de una fratría tres hermanas. Padre fallecido en 2001 (enfermedad neoplásica), posteriormente rompió todas sus amistades. Realizó estudios de Formación Profesional de Química. Nunca ha realizado actividad laboral. Soltera y sin hijos. Vive con su madre y hermana.

- **Antecedentes familiares**

Abuela Materna: suicidio consumado

Madre: en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos

Padre: enolismo y malos tratos

Es derivada desde el servicio de urgencias, con los siguientes objetivos:

Mantener cumplimiento terapéutico

Trabajar conciencia de enfermedad

Estructuración de ritmos vitales

Control de conductas ritualizadas

Mantener régimen de ingreso hasta paso a la clínica de rehabilitación

Resalta una evolución de la enfermedad tórpida, marcada por 4 ingresos involuntarios en diferentes servicios. Reflejan intenso trabajo de afrontamiento a situaciones límites, así como trabajo social con escasa eficacia, debido a la actitud minimizadora de los síntomas, marcada irritabilidad, querulancia y suspicacia de la paciente. Fue derivada en dos ocasiones al centro de rehabilitación, no siendo efectivo ya que solicitaba el alta voluntaria a los pocos días del comienzo. Destaca escasa conciencia de enfermedad. En 2006, se inician los trámites de incapacidad civil quedando paralizados a los dos años.

Tiene reconocida una minusvalía de 66%. Con respecto a los antecedentes mórbidos de la paciente destaca hirsutismo idiopático ya comentado. No antecedentes quirúrgicos de interés.

En cuanto a su estilo de vida, refleja sedentarismo, aislamiento social. Alimentación adecuada. No realiza ejercicio físico. No consumidora de tabaco ni alcohol. No tiene alergias conocidas.

Con respecto a la exploración física, se muestra consciente y orientada en las tres esferas. Actitud suspicaz. Marcado hirsutismo facial. Aspecto físico adecuado, piel y mucosas hidratadas.

- **Signos vitales**

Signo	Valor
Peso (kg)	60
Talla (m)	1.65
Tensión Arterial (mmHg)	140/100
Frecuencia Cardíaca (ppm)	120
Frecuencia Respiratoria (rpm)	17
Tabla 1. Elaboración propia	

- **Medicación**
  - Lormetazepam 2 mg
  - Abilify 15 mg
  - Diane 2 mg
  - Anafranil 75 mg

- **Conductas Obsesivo-Compulsivas**

Presenta un trastorno obsesivo compulsivo relacionado con las ideas de contaminación con gérmenes, para lo que es necesaria una rutina de limpieza, orden e higiene escrupulosos de manera compulsiva. Se le realiza la escala obsesiones y compulsiones de Yale y Brown con una puntuación de 25, es decir, severa. Interfieren de forma severa en el funcionamiento de su vida diaria al suponer gran tiempo.

VALORACIÓN

Supone la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
He llevado a cabo la valoración del caso a partir de los Patrones funcionales de Margory Gordon (1982).

- **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud**

Este patrón se centra en la percepción y el manejo de la salud por parte de la propia usuaria, en este caso, presenta nula conciencia de enfermedad. Sin embargo, debido a su carácter ansioso, se muestra preocupada por sus problemas y busca de forma insistente la respuesta a ellos mediante los rituales. Las ideas obsesivas de contaminación e higiene le impiden llevar a cabo los autocuidados correctamente. La paciente se niega a ducharse debido a la ideación de contaminación de la ducha.

Se muestra tensa y con signos de enfado. También es frecuente el contacto visual fluctuante. Destaca rigidez en sus planteamientos sin ser capaz de identificar las limitaciones en el funcionamiento global que viene generándole la enfermedad. Se muestra la búsqueda de seguridad y reducción de la ansiedad a través de los rituales.

No consume tóxicos.

- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico**.

Con una talla de 165 cm, 60 kilos de peso y unas puntuaciones de 22.06 en el IMC nos encontramos ante un estado de normopeso. Así mismo en las analíticas sanguíneas ha presentado niveles dentro de la normalidad. Sigue una dieta normal. Destaca una alimentación variada y en buena cantidad, pero sin embargo, y debido a su enfermedad, la demora en tiempo es amplia.

Además, con respecto a la piel y mucosas se encuentra alterado, debido a alteración y heridas en las manos secundarias al lavado compulsivo de manos

- **Patrón 3: Eliminación**

No sufre ningún tipo de incontinencia urinaria o fecal.

- **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

Pasa gran parte del día, en su habitación aislada del resto de compañeros, recorre pequeñas distancias en el pasillo. No baja al patio.

No tiene dificultad para ninguna de las actividades de la vida diaria.

- **Patrón 5: Sueño – descanso**

Tiene un hábito de sueño y descanso adecuado y reparador. Duerme sin interrupción hasta las 7 u 8 de la mañana, habiéndose acostado a las 22.30 horas. No presenta dificultades para conciliar y/o mantener el sueño y permanece despierta durante el día exceptuando el periodo de siesta después de comer.

- **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

La paciente se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, de una manera hipervigilante. No se aprecian alteraciones a nivel cognitivo.

En lo que a las alteraciones de percepción corresponde, la usuaria sufre de ilusiones constantes de contaminación de gérmenes del entorno. Las ideas de forma obsesiva sobre la contaminación irrumpen continuamente en su pensamiento provocando una conducta compensatoria de escrito higiene, orden, control y aislamiento.

- **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.**

El patrón de autopercepción y autoconcepto de la residente se encuentra alterado, ya que la paciente refiere sentimientos de baja autoestima secundarios al problema de hirsutismo facial. Sin embargo reconoce pequeños gestos de mejora de su apariencia física cuando se hace uso de accesorios para el pelo o pendientes. Lo cual le produce alegría durante un periodo breve.

- **Patrón 8: Rol - relaciones**

No representa un rol de responsabilidad dentro de la unidad, sino que juega un papel pasivo desde su total aislamiento. Evita contacto con el resto de usuarios, no contesta ni habla para evitar la absorción de gérmenes. Este aislamiento se ve potenciado por los mismos compañeros al presenciar algunas de las conductas de obsesión y/o compulsión. Por ejemplo, a las 11 de la mañana diariamente se ofrece un zumo a los distintos usuarios. La paciente se adelanta a todos para ser la primera en la fila y así poder comprobar cómo se le sirve la bebida, o entra corriendo en el comedor para llenar el vaso de agua de uno de los compañeros y así evitar la primera porción de agua de la jarra. Todas ellas, son conductas que molestan al resto de compañeros.

- **Patrón 9: Sexualidad - reproducción**

Carece de actividad sexual y no manifiesta interés en la misma. No tiene hijos.

- **Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés**

Muestra altos niveles de ansiedad a raíz de sus obsesiones y la necesidad de realizar rituales de seguridad compulsivos. Reacciona de forma suspicaz y muy irritante ante cambios, nuevas pautas y exposiciones. Mantiene un estado de vigilancia y control del entorno, necesidad de comprobación.

- **Patrón 11: Valores – creencias**

No se trata de una persona creyente. No verbaliza su opinión acerca de la vida o la muerte.

ANALISIS DE LOS DATOS

PATRONES	Datos alterados	Análisis
Percepción de la salud	Nula conciencia de enfermedad.	Las obsesiones se experimentan como propias e involuntarias, no asociándose a enfermedad.
	Negación de ducha.	Las ideas obsesivas que le acontecen son de contaminación. La ducha supone un punto de mucha exposición a contaminantes.
Nutricional	Alteración de la piel	Tiene las manos secas y

Los objetivos con respecto al ingreso se centran principalmente en conductas y pautas acordadas a realizar de acuerdo a la profesional de psicología, así como la continuación de la labor realizada en el servicio de derivación. El trabajo conjunto en el cumplimiento de estas pautas será fundamental.

La siguiente tabla recoge las pautas de tratamiento acordadas entre la paciente y la psicóloga. Enfermería y auxiliar, asumen el acuerdo como herramienta en el tratamiento para un abordaje similar de todos los profesionales y como método de control.

- **Pautas a seguir en el tratamiento con la paciente**
  - Habitación compartida
  - No más de un papel higiénico en la habitación
  - No se contestaran preguntas de aseguración.
  - Medicación del desayuno y de la cena: la entregara con la mano DUE, no pudiéndola limpiar antes de tomarla.
  - Duración máxima permitida en las ingestas principales como son comida y cena, 30 min.
  - No se permitirá inspeccionar los alimentos antes de ingerirlos.
  - No se permitirá que tape o limpie los utensilios de la comida
  - No se cambiaran los utensilios de la comida.

NANDA – NOC – NIC

- Ansiedad r/c necesidades no satisfechas e ideas obsesivas m/p irritabilidad, preocupación y temor a consecuencias inespecíficas.
  - NOC: Nivel de ansiedad
    - Irritabilidad: 1 → 4
    - Tensión facial: 2 → 4
  - NIC: Disminución de la ansiedad
    - Reforzar el comportamiento, según corresponda.
    - Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.
    - Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

- Déficit de autocuidado: baño higiene r/c ideas obsesivas de contaminación m/p negación a ducharse.
  - NOC: Autocuidados: baño
    - Se baña en la ducha: 1 → 4
    - Seca el cuerpo: 1 → 3
    - Se lava el pelo: 1 → 4
  - NIC: Intervención: baño
    - Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
    - Ayudar con las medidas de higiene
    - Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

- Alteración de los procesos del pensamiento r/c ideas obsesivas m/p rituales compensatorios con alteración funcional.
  - NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado
    - Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes: 2 → 4
    - Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo: 2 → 4
  - NOC: Autocontrol de los impulsos
    - Confirma el acuerdo para el control de la conducta: 3 → 4
    - Mantiene el autocontrol sin supervisión: 2 → 4

- NIC: Manejo de ideas ilusorias
  - Mantener una rutina coherente.
  - Asignar los mismos cuidadores diariamente.
  - Animar al paciente a que desarrolle un control/responsabilidad de su propia conducta, si resulta oportuno.
  - Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
  - Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.

- Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras psicológicas m/p negativa voluntaria a hablar.
  - NOC: Comunicación
    - Utiliza el lenguaje hablado: 2 → 4
    - Intercambia mensajes con los demás: 2 → 3
    - Interpretación de los mensajes recibidos: 2 → 4
  - NIC: Potenciación de la socialización
    - Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
    - Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
    - Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
    - Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.

- Deterioro de la integridad cutánea r/c lavado intenso y frecuente y humedad m/p alteración de la superficie de la piel
  - NOC: Integridad tisular: piel y mucosa membranas
    - Integridad de la piel: 2 → 5
    - Hidratación: 2 → 4
  - NIC: Cuidados de la piel
    - Vigilar el lavado de manos y su frecuencia.
    - Controlar la utilización de jabón.
    - Administrar crema hidratante, según proceda.
    - Registrar el grado de afectación de la piel.

SEGUIMIENTO

Se realiza un seguimiento al alta de la paciente. Tras aproximadamente 3 meses en la unidad, se posibilita la plaza en clínica de rehabilitación.

Durante su estancia, se ha mostrado con una actitud pasiva, de escasa colaboración. Destacan minimización y negación de síntomas. Irritable y tensa ante el abordaje de obsesiones y control de los rituales.

Tras las primeras semanas se produjo un empeoramiento en el estado psicopatológico de la paciente, incremento de las obsesiones con importante repercusión, altos niveles de angustia, necesidad de comprobación generalizada a múltiples estímulos, incremento de rituales, llegando a mostrase muy exigente incluso agresiva durante los permisos en el domicilio. Se concluyo la necesidad de pasar a un régimen cerrado con protocolo para el control de los rituales, en base a las pautas acordadas entre la paciente y la profesional de psicología.

Lenta y progresivamente ha ido colaborando con las pautas, con reducción de los niveles de ansiedad y mayor tolerancia en las exposiciones, siendo preciso condicionar refuerzos externos para su cumplimiento como son salidas y permisos. Reconoce limitaciones en el funcionamiento global secundarios a la enfermedad, así como expresiones de deseo de curación. Fue imprescindible el trabajo coordinado de los profesionales de psicología, enfermería y auxiliar.

La comunicación y recogida visual de las pautas marcadas han resultado imprescindibles ya que la paciente desde su carácter manipulador solicitaba a unos y otros su colaboración en la apertura del baño, cambio de toallas, papel higiénico, etc. esquivando las pautas acordadas.

Persiste aunque en menor medida, un estado de vigilancia y control del entorno, necesidad de comprobación, rituales de higiene y limpieza, aislamiento, y escasa conciencia de enfermedad.

Destaca una mejoría con respecto a la ansiedad. La paciente se muestra más tranquila, con menor irritabilidad y suspicacia. Se ha logrado que se duchase diariamente, salvo un día a la semana, así como que se lavase la cabeza también un día a la semana. A su vez, la utilización de la toalla tras el lavado de las manos con jabón de pastilla (pudiendo utilizarlo una sola vez). La asistencia a una de las actividades ha sido también uno de los objetivos logrados. Expresa sentimientos de mejoría y bienestar personal. Se le facilito un permiso para poder depilarse debido a su problema de hirsutismo lo que le supuso un gran refuerzo y mejoría personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Escala de valoración por patrones de Marjory Gordon.
- American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2018.
- Asociación TOC de Madrid. [actualizado 31 May 2018; citado 31 mayo 2018]. Disponible en: https://www.asociaciontocmadrid.es/
- P.L López Carmona, J. Iglesias Moya. La implicación enfermera en el trastorno obsesivo-compulsivo. Revista Médica Electrónica. 17 octubre, 2015. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastorno-obsesivo-compulsivo-enfermeria/

- Escala de Ferriman y Gallway, Escala de Yale Brown, inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley, inventario Obsesivo-Compulsivo de Florida y escala de ansiedad de Hamilton: elevada y moderada
- Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
- Moorhead S, Johnson M, Maas Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ªEd. Madrid: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªEd. Madrid: Elsevier; 2009.

TEMA 26. TOXOPLASMOSIS CONGENITA PREVENCIÓN PRIMARIA

EVA TÉLLEZ MÁRQUEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- CLÍNICA.
- DIAGNÓSTICO.
- TRATAMIENTO.
- MEDIDAS PREVENTIVAS.
- BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN

La Toxoplasmosis es una infección producida por el parásito protozoo Toxoplasma gondii. Esta enfermedad parasitaria posee especial relevancia en la salud de la población, ya que puede ser transmitida de madres a hijos durante el embarazo y causar lesiones importantes en el feto. La transmisión vertical se produce durante la fase de infección aguda. El riesgo de transmisión aumenta a medida que avanza la gestación, pero la afectación fetal tiene una evolución inversa, es decir, hay más afectación en el primer trimestre de gestación. Generalmente la infección es asintomática y autolimitada.

→ El Toxoplasma gondii puede presentar diferentes morfologías:

-Taquizoítos o trofozoitos: formas de reproducción rápida que producen la fase aguda de la enfermedad.

-Bradizoítos: formas de reproducción lenta que aparecen en las infecciones crónicas y son responsables de las reactivaciones.

-Ooquistes inmaduros excretados en las heces de los gatos que maduran en el ambiente a los 3-4 días, sobreviviendo durante meses.

→ La transmisión al hombre puede producirse por:

-Ingestión de carne cruda o poco cocinada de los huéspedes intermediarios con quistes o taquizoitos. Forma más frecuente.

-Ingestión de ooquistes en las heces de gatos mediante contacto con el animal o su medio, trabajos de jardinería o ingestión de productos contaminados.

-Transmisión vertical: paso de taquizoitos a través de la placenta, con un cierto retraso desde la infección materna a la infección fetal.

-A través de transplantes, transfusiones… que contengan taquizoitos o bradizoitos.

2.CLÍNICA

El riesgo de transmisión aumenta de forma importante a medida que avanza la gestación, mientras que el grado de afectación fetal tiene una evolución inversa, afectación mas graves en el primer trimestre de gestación.

La toxoplasmosis congénita puede causar abortos, prematuridad, muertes fetales, formas sintomáticas e incluso formas subclínicas al nacimiento.

.**Neonatos sintomáticos al nacimiento**: El pronóstico es malo, ya que muchos mueren o quedan con secuelas graves. La manifestación más frecuente es la coriorretinitis, pero también pueden presentar hepatomegalia, ictericia, esplenomegalia, púrpura, anemia, nefrosis compleja, convulsiones, parálisis de extremidades, hidrocefalia,

microcefalia, atrofia óptica, cataratas, microftalmía, estrabismo, sordera, calcificaciones intracraneales, retraso psicomotor, fiebre, linfadenopatías, exantema, miocarditis, neumonitis…

La *clásica tétrada de Sabin*: hidrocefalia, calcificaciones intracraneales, coriorretinitis y convulsiones, pero es muy poco frecuente.

.**Neonatos asintomáticos al nacimiento**: el 85% de los neonatos con infección congénita; sin embargo, una proporción importante de éstos puede presentar secuelas neurológicas o afectación ocular a largo plazo, sobretodo coriorretinitis.

3.DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza a través de pruebas de laboratorio de manera sistémica a toda mujer embarazada, lo ideal es en el primer trimestre de embarazo. Se determina la cantidad en sangre de inmunoglobulinas (Ig) G y M.

.Resultado es negativo, se recomienda repetir el estudio cada trimestre y llevar a cabo las precauciones que se deben de tomar para evitar la infección durante el embarazo.

.Resultado positivo, establece que hay infección y si ésta es reciente o fue adquirida anteriormente. Si los resultados sugieren una infección reciente, es importante determinar si fue adquirida durante el embarazo o poco antes de la concepción en cuyo caso

-Ante la sospecha o la evidencia de una infección materna en cualquier trimestre, debe realizarse el diagnóstico de infección fetal mediante una amplificación del DNA del toxoplasma en líquido amniótico (PCR).

-La detección del parásito en el líquido amniótico confirma la transmisión de la infección, pero no es sinónimo de afectación fetal. Por ello está indicado realizar un seguimiento ecográfico mensual, para detectar las posibles anomalías ecográficas compatibles con afectación fetal, a todas las pacientes con infección materna durante el embarazo.

-Para llegar al diagnóstico de toxoplasmosis congénita, debe estudiarse a todos los niños con historia de toxoplasmosis gestacional o con síntomas propios de la enfermedad al nacimiento.

4.TRATAMIENTO

→ Prenatal:

-Infección materna: Espiramicina 1 g

-Infección fetal confirmada:

.Administrar 3 semanas seguidas pirimetamina junto con sulfadiazina alternando con 3 semanas de espiramicina hasta el parto.

.Administrar de forma continua pirimetamina y sulfadiazina hasta el parto.

→ Neonatal:

-El tratamiento de elección es la combinación de pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico durante 1 año. Seguimiento clínico y ajuste de medicación. Se consigue disminuir el riego y severidad de las secuelas.

5.PREVENCION PRIMARIA

La Prevención Primaria es necesaria para evitar la transmisión al recién nacido, se basa en la prevención de la infección materna, por lo que se aconsejará a la mujer que siga las siguientes **PAUTAS**:

.Beber agua potable.

.Cocer bien todo tipo de carnes y si se toma poco hecha se debe congelar de 48-72h previamente para acabar con el parásito.

.Pelar o lavar las frutas y las verduras que se coman crudas.

. No consumir leche ni productos lácteos que no estén pasteurizados.

.Lavarse las manos antes de las comidas y después de haber manipulado carne cruda, verduras y hortalizas aliñadas en crudo o haber efectuados trabajos de jardinería.

.Mantener perfectamente limpios los utensilios y superficies de cocina y las superficies de trabajos.

.Evitar durante la manipulación de carne cruda el contacto de las manos con la mucosa de la boca y ojos.

.Evitar el consumo de moluscos crudos, fundamental mente ostras, mejillones y almejas.

.Evitar el contacto con gatos desconocidos. Si se posee gato, evitar la limpieza de sus heces, limpiar su caja diariamente para evitar que los ooquistes maduren, no alimentarlo con carne cruda, mantenerlo alejado la calle, manipular el animal con guantes y desinfección de sus utensilios con agua hirviendo.

“El diagnóstico precoz es vital para evitar la toxoplasmosis congénita.”

5.BIBLIOGRAFÍA

-Ma. Dolores Correa Beltrán, Ricardo Figueroa Damián. Infecciones Congénitas y Perinatales. Ed médica Panamericana. 2014

-N. Marta Díaz Gómez, Carmen I. Gómez García, Mº Jesús Ruiz García. Tratado de Enfermería de la infancia y adolescencia. Ed McGraw-Hill Interamericana. 2006

-F. Baquero-Artigao, F. del Castillo Martín, I. Fuentes Corripio, A. Goncé Mellgren, C. Fortuny Guasch, M. de la Calle Fernández-Miranda, M.I. González-Tomé, J.A. Couceiro Gianzo, O. Neth, J.T. Ramos Amador. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis congénita. Asociación Española de Pediatría. Vol 79, Nº2. Agosto 2013: 65-132.

-Jorge Alberto Cortés, Jorge Enrique Gómez, Pedro Ignacio Silva, Leonardo Arévalo, Ingrid Arévalo Rodríguez, Martha Isabel Álvarez, Sandra Beltrán, Ivohne Fernanda Corrales, Edith Ángel Muller, Germán Ruiz, Pío Iván Gómez. Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo Infectio. 2012;16(4):230–246.

-Mª Dolores Salvia, E. Álvarez, J. Bosch, A. Goncé; Infecciones congénitas. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología (2008); 20: 177-188.

-Ivonne Martín Hernández. Toxoplasmosis congénita: una mirada al problema. Rev. Biomed (Cuba) 2004; 15:181-190

-Fernando del Castillo. Enfermedades infecciosas Diagnóstico y tratamiento de la Toxoplasmosis congénita. An Pediatr Contin. 2005;3(2):65-72.

TEMA 27. VARIEDAD Y EQUILIBRIO EN LOS MENÚS DE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 CONSIDERACIONES GENERALES
    4.3 ELABORACIÓN DE MENÚS
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Cuantiosos estudios se han interesado por el significado y el alcance de llevar una alimentación saludable, no solo con el fin de reforzar el estado de salud de cada persona, sino para prevenir las enfermedades crónicas que pueden derivar de un no o mal seguimiento de una dieta de patrón mediterráneo, “que contribuye a un excelente estado nutricional, proporciona una sensación placentera y forma parte de la cultura mundial” (Calañas y Bellido, 2006).

La variedad y el equilibrio de los alimentos ya están más que asentados en la restauración hospitalaria, si bien es cierto que continuamente aparecen nuevos avances que dejan entrever una mayor longevidad y calidad de vida (Martínez y Villarino, 2014), lo que obliga a una actualización periódica de los conocimientos de todo el personal con alguna intervención en el proceso alimentario hospitalario.

Desde la restauración hospitalaria se debe concienciar al personal que el servicio que se brinda pretende evidentemente la curación del/de la paciente, pero también la promoción y divulgación de hábitos saludables en su vida cotidiana. Los centros hospitalarios constituyen un lugar de referencia en la labor educacional de la dieta variada y equilibrada.

Si tanto se insiste en la importancia de la prevención y la promoción, es porque los datos siguen siendo insuficientes, incluso preocupantes: la obesidad aumenta exponencialmente en todo el mundo, y en España también, lo que no deja de ser una contradicción, siendo la cuna de la dieta mediterránea. Por esa razón es fundamental dar información veraz y satisfacer la demanda de formación, empezando por el personal sanitario (Varea, 2016).

Varios alimentos ya han sido estudiados minuciosamente con el propósito de determinar una base sólida de la dieta mediterránea. El CIBEROBN (Centro de Investigación Biomédica en Red de fisiopatología y Obesidad y Nutrición), una dieta saludable tradicional rica en aceite de oliva y ácidos Omega 3 pueden ser considerados como verdaderos "medicamentos" por su gran capacidad protectora y preventiva de enfermedades cardiovasculares (Ruiz y Ruiz, 2009).

La dieta mediterránea combina los alimentos de cada grupo alimentario de manera equilibrada, variada, rica y completa, por lo que los centros hospitalarios han de aprovechar su enorme potencial para dar mayor perspectiva a la promoción y protección de la salud, "de forma sinérgica" (Torres y Cols., 2014).

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento del conjunto de profesionales sobre la dieta mediterránea en la restauración hospitalaria.
- Determinar los beneficios de seguir una correcta alimentación para prevenir esta enfermedad.
- Describir las consideraciones generales previas a la elaboración de los menús.
- Ilustrar menús hospitalarios basados en la dieta mediterránea.
- Recordar la necesaria participación de todas las administraciones sanitarias para promover una divulgación máxima de una dieta envidiada por todo el mundo.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “dieta mediterránea”, “nutrición”, “restauración hospitalaria”, “equilibrio”, “alimentación”, “variedad”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

La bibliografía sobre la dieta mediterránea es ciertamente muy exhaustiva, aunque los trabajos no provengan del sector de la restauración hospitalaria, sino de campos cercanos como la dietética o la endocrinología. La mayoría vierten sobre su papel esencial en la prevención de las enfermedades más comunes (Hernández et al., 2008).

Pese a su relevancia, el tema no llega a acaparar íntegramente guías o manuales de administraciones públicas, conformándose con ser el contenido de capítulos de libro o algunos artículos de revisión. Los estudios que sí se han multiplicado son aquellos clínicos, con innumerables investigadores/as deseosos/as de encontrar respuestas más certeras a los beneficios producidos (Gómez y Cols., 2014).

4.2 Consideraciones generales

A la hora de confeccionar los menús hospitalarios basados en la dieta mediterránea, se deben respetar las siguientes pautas:

- Estarán presentes todos los nutrientes que requiere el organismo de cada paciente: carbohidratos, lípidos, proteínas, minerales y vitaminas, además del agua.
- La repartición de los nutrientes se realizará de manera suficiente y variada, adaptándose en todo momento a la edad, sexo y tipo de enfermedad: 50-60% de carbohidratos, 30-35% de lípidos, 10-15% de proteínas, y 1,5-2 l de agua.
- Se ofrecerán 4 tomas de comida diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena), evitando tanto las ingestas excesivas como demasiadas horas de ayuno.
- Se prestará especial atención en que los/las pacientes coman despacio y mastiquen bien para facilitar el tránsito intestinal, ya que muchos/as apenas pueden moverse.

4.3 Elaboración de menús

Se proporcionan las principales características alimentarias de los menús elaborados a diario desde la restauración hospitalaria:

- El desayuno estará compuesto por una ración de lácteos, cereales y fruta: leche con café/cacao, yogur, mantequilla – panecillos/galletas integrales – pieza de fruta, compota, zumo.

- Los primeros platos estarán compuestos por cereales, legumbres y verduras: arroz, pasta (diario) – guisantes, judías, garbanzos, lentejas (3/4 veces por semana) – patatas, zanahorias, calabacines (2 veces al día, al menos una en ensalada).

- Los segundos platos contendrán carnes, pescados y huevos , y se acompañarán de guarnición: pescado blanco/azul a la plancha, al horno, guisado (4 veces por semana, al menos 2 de pescados azules) – pollo, pavo, conejo, cerdo a la plancha, asada, estofada, al horno (3 raciones semanales) – huevos revueltos, tortilla, fritos, cocidos (4 veces por semana).

Las guarniciones estarán formadas de verduras y hortalizas: brócoli, espinacas, repollo, hervidas, al vapor, cocidas, a la plancha – lechuga, tomate, espárragos, maíz, cebolla.

- Los postres incluirán fruta y lácteos: manzana, pera, plátano, naranja, kiwi, melón, de temporada (3 raciones diarias, al menos una de cítricos) – yogur, queso, cuajada.
- Se consumirán 8 cucharadas de aceite de oliva virgen al día, y no se sobrepasarán los 5 g de sal yodada al día.

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- La variedad y el equilibrio de los alimentos son los estándares de una dieta mediterránea saludable, un estilo de vida, un modelo alimenticio reconocido en el mundo entero y referencia de la sanidad española.

- Todos/as los/as profesionales que intervengan en alguna etapa del proceso alimentario hospitalario deben mostrar colaboración y comunicación para lograr mayor éxito entre los/las pacientes y sus familias, y someterse a evaluaciones periódicas de conocimiento para evitar posibles errores que pongan en riesgo la salud de estos/as últimos/as.

- Las administraciones sanitarias tienen que dejar de mirar siempre por el ahorro y destinar los recursos necesarios para optimizar la divulgación de la dieta mediterránea: el gasto de ahora es un ahorro para el futuro.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Calañas Continente AJ, Bellido Guerrero D. Bases científicas de una alimentación saludable. Rev UNED Univ Nav. 2006; 50 (4): 7-14.
- Gómez Delgado F y Cols. La dieta mediterránea y su impacto en la enfermedad cardiovascular. Diet Med FAS). 2014; 1 (1): 47-64.
- Hernández Fernández M et al. Dietoterapia. La Habana: Ciencias Médicas (Ed); 2008.
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín A. Dieta mediterránea: avances en alimentación, nutrición y dietética. Madrid: FAS, 2014.

- Ruiz Liso JM, Ruiz García J. Dieta mediterránea y prevención cardiovascular: mito o realidad. Lib Sal Card (Fund BBVA). 2009; 1 (1): 549-558.
- Torres Aured ML y Cols. La dieta mediterránea en el hospital. Aplicación práctica. Diet Med (FAS). 2014; 1 (1): 171-188.
- Varea Calderón C. Determinar el conocimiento de la población sobre la dieta mediterránea y su relación con la salud. Murcia: UNAM; 2016.

TEMA 28. ENFERMERÍA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

RICARD CONDE TORRES

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

ÍNDICE

- Definición
- Tipos
- Actuación de enfermería
- Bibliografía

DEFINICIÓN

- Es definida como «cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada»

- Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

TIPOS

- Física: Destinada a controlar a la víctima a través de la fuerza física utilizando objetos, armas o las manos. Pone en riesgo la vida de la mujer. Provoca lesiones, quemaduras, dolor crónico.
- Psicológica:Destinadas a conseguir dominio y sometimiento de la mujer. Forman parte los insultos, desvalorizaciones, ataques a la autoestima, humillaciones y celos.
- Sexual: Cualquier abuso sexual, incluyendo la coacción psicológica y/o física, que obliga a la mujer a tener relaciones de manera forzada, cuando ha estado enferma, embarazada o en el posparto. Trasmisión de enfermedades sexuales, abortos prematuros, disfunción sexual.

TIPOS

- Económica: Somete a la mujer a través del control económico. Priva a la mujer del acceso a las cuentas, obstaculiza su desarrollo laboral, apropiación de sus bienes patrimoniales o incluso explota laboralmente a la mujer.
- Social: Controlar las relaciones externas de la mujer, aislándola progresivamente para privarle de apoyo. No se respeta la privacidad de la mujer, se controlan llamadas, correspondencia, correo, etc.
- Ambiental: Rompe o estropea objetos, espacios o animales de gran valor simbólico que pertenecen a la mujer. Destroza joyas, se apropia del coche, rompe muebles, cartas o fotos, tortura o mata a los animales domésticos, etc.

ACTUACIÓN ENFERMERÍA

- Es importante una detección precoz.
- Ofrecer apoyo a la víctima.
- Poner en conocimiento de las autoridades pertinentes

ACTUACIÓN ENFERMERÍA

El profesional podrá sospechar que la paciente sufre malos tratos si existe, entre otros:

- Incoherencia entre la exploración y el mecanismo de producción que refiere.
- Historial de “accidentes” frecuentes.
- Retrasos u olvidos de citas.
- Actitud evasiva, mirada huidiza, confusión, actitud deprimida, tristeza…

ACTUACIÓN ENFERMERÍA

- Calificación desvalorada de sí misma: torpe e incapaz.
- Problemas con alcohol o drogas.
- Huellas de golpes, hematomas o heridas en diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo, un desgarro del lóbulo de la oreja puede indicar un arrancamiento del pendiente o la existencia de hematomas en la región dorsal puede hacer pensar en que la víctima adoptó una posición de defensa al proteger su cara y tórax

ACTUACIÓN ENFERMERÍA

Cobra mucha importancia la comunicación: la atención que el profesional de enfermería debe prestar tiene que ser individualizada,

Los aspectos referidos al clima y la comunicación en la relación terapéutica serán fundamentales.

Existen una serie de aspectos que facilitan dicha comunicación:

- Atención:
- Empatía
- Claridad de lenguaje
- Uso de silencios
- Rtrroalimentación
- Eficacia de las preguntas

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar M, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit 2010;24(2):128-135
- Valdés Sánchez C, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria 2016;48(10):623-631
- Lucena K, Vianna R, Nascimento J, Campos H, Oliveira E. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev Latino-Am Enfermagem 2017;25: e2901

BIBLIOGRAFÍA

- Estévez Maca EP. Intervenciones de la enfermería en la atención en mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud. Musas 2017; 2(2):75-101.

TEMA 29. ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE LA APARICIÓN DE ADICCIONES EN NUESTRA SOCIEDAD A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El uso de Internet es una pieza clave para la comunicación global actualmente, utilizándose como herramienta imprescindible dentro de nuestra cotidianeidad, destacando los fines recreativos que, de manera persistente y excesiva, puede derivar en patología adictiva, que comienza a ser las más emergentes y de mayor impacto en nuestro siglo[1,6].

La persona que sufre adicción a Internet, se caracteriza por tiempos de conexión muy prolongados a lo largo de cada día, que pueden llevarle a descuidar otras áreas importantes de su vida como el trabajo, las relaciones sociales, tener alimentación adecuada y descansar de manera correcta[2,4].

Ciertos antecedentes actúan como factores de riesgo de esta adicción, siendo las personas con dificultades de establecer relaciones sociales las más propensas a sufrir este tipo de patología. La dependencia a Internet o redes sociales se puede observar cuando hay un uso excesivo, pérdida de control, síntomas de abstinencia (ansiedad, depresión, irritabilidad) ante la imposibilidad temporal de poder acceder a la red. De este modo, aparece un nivel alto de tolerancia sintiendo la necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión que satisfaga su necesidad, comenzando a surgir las repercusiones negativas en la vida cotidiana propia de esta patología. El sujeto muestra un alto nivel de ansiedad y se produce una alteración en la percepción de la realidad similar al síndrome de abstinencia en el consumo de drogas[1,3,4].

2. OBJETIVOS

- Describir los signos y síntomas que presenta esta patología y los factores psicosociales implicados en su desarrollo para poder crear intervenciones multidisciplinares y una correcta detección y abordaje por parte del personal sanitario.

3. METODOLOGÍA

Revisión sistemática bibliográfica, en la cual primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español que hubieran estado relacionados con “adicción”; “redes sociales”; “nuevas tecnologías”; complementándose posteriormente con una exploración más profunda en la que se realizó un criterio de búsqueda tanto en castellano como en inglés. La búsqueda se realizó en bases de datos de ciencias de la salud: CUIDEN, COCHRANE PLUS, DIALNET, SCIELO Y PUBMED. Como palabras clave en los buscadores de las bases de datos utilizamos: “adicción”; “redes sociales”; “nuevas tecnologías”; “videojuegos”; “adolescentes”; “fobia social”. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que fueran artículos y revisiones en español e inglés, publicados entre los años 2012 y 2017 y se complementó la información extraída con fuentes secundarias de revistas sanitarias enfocadas en Psiquiatría y Neurología.

4. RESULTADOS

Tras la recopilación de los diferentes estudios hallados[2,3,4,5,6], encontramos que en las personas con adicción a las nuevas tecnologías aparece una alteración en las diferentes esferas:

- Esfera fisiológica: Aparecen manifestaciones tales como el sedentarismo, cansancio, sueño, desnutrición, cefaleas, fatiga ocular, problemas musculares, agotamiento mental, epilepsias, convulsiones, retraso en el desarrollo y alteraciones del sistema inmune[2,3,5].

- Esfera psicológica: Podemos observar una euforia excesiva lo cual conlleva a la alteración del sistema inmunitario debido al alto nivel del estrés al que se ve sometido. Este tipo de adicción puede considerarse una adicción específicamente psicológica, con características comunes a otro tipo de adicciones (pérdida de control, aparición de síndrome de abstinencia, fuerte dependencia psicológica, alteraciones en la vida cotidiana pérdida de interés en otras actividades habituales)[2,3,4].

- Esfera social: Existen factores específicos en la personalidad que pudieran influir en las adiciones, hallándose un factor muy importante que es la conducta antisocial del individuo y que parece previa a la adición. Otro factor de riesgo es la búsqueda de sensaciones que no se pudieran obtener en las relaciones de la vida diaria. La adicción a las tecnologías pueden aparecer en personas que muestran una insatisfacción personal con su vida o que carecen de la percepción de afecto y que intentan llenar esa carencia con un mundo no real. La ausencia de unión familiar o las pocas de relaciones sociales pueden incitar a una persona a compensar en el mundo virtual las carencias que presenta en su vida. En estos casos Internet o las redes sociales actúan supliendo estas necesidades[3,4,6].

5. CONCLUSIONES

Existen hábitos de conducta que en principio parecen inofensivos pero que pueden convertirse en adictivos e interferir de manera muy grave en la vida de las personas afectadas. Cualquier conducta puede llegar a ser adictiva pero en el caso de las nuevas tecnologías, es su uso el que actúa como elemento reforzador de dicha adicción.

A día de hoy, los jóvenes, adolescentes y adultos se encuentran expuestos a esta nueva adicción, ya que basta tener acceso a Internet para fomentar su aparición. No obstante, el uso de Internet no es percibido en la sociedad como algo que pueda tener consecuencias tan graves ni dañinas.

Es preciso establecer la proporción ya no sólo de jóvenes, sino de la población en general, que presenta problemas de adicción a estas nuevas tecnologías. Es de vital importancia realizar un diagnóstico preciso, y no sólo de la prevalencia, sino también de los factores de riesgo o asociados, para poder actuar frente a este trastorno. Es fundamental trabajar en la promoción de políticas, los comportamientos y las actitudes saludables, así como, en la prevención en los grupos más vulnerables.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zuleta Salazar, C. F. (2017). Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en adolescentes.

2. Madrigal, A. B., & Contreras, F. C. (2016). Influencias de las nuevas tecnologías en el desarrollo del adolescente y posibles desajustes,. Revista Cúpula,30(2), 11-25.

3. Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. Revista Médica Clínica Las Condes, 26(1), 7–13. http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001

4. Berner G, J. E., & Santander T, J. (2012). Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria, 50(3), 181–190. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000300008

5. Carbonell, X., & Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de L'educació I de L'esport Blanquerna, 33(2), 13–19. Retrieved from http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/301478

6. Del Castillo, J. a G. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales technological addictions: The rise of social networks. Salud Y Drogas, 13(1), 5–14.

TEMA 30. LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SANITARIA PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

PALOMA MEDINA DE DIOS

ÍNDICE

1.- INTRODUCCION.-
2.- OBJETIVOS.-
3.- CONTENIDO.-
4.- ACTIVIDADES CON LA POBLACION.-
5.- CONCLUSIONES.-
6.- BIBLIOGRAFIA.-

1.- INTRODUCCION.-

La importancia de la lactancia materna (LM) es evidente para el recién nacido (RN) como para las madres. Se ha realizado una revisión en las principales bases de datos sanitarios. El objetivo principal es conocer cómo influyen los programas educativos en el uso de la lactancia materna, así como determinar cuál es el papel del técnico en enfermería en el proceso de educación para la lactancia materna. Las conclusiones obtenidas son que las intervenciones educativas son determinantes para la aceptación de la lactancia materna y de otros factores esenciales para el correcto desarrollo de la alimentación de los lactantes. Los profesionales sanitarios son un gran apoyo para la población, mediante el conocimiento de la constante dinámica de cambio a la que están sometidos, consiguen aplicar su cercanía y complicidad por medio de la educación

El grado de la satisfacción de la población hacia los cuidados de enfermería es muy elevados.
Una de las principales prioridades para la Salud pública es la promoción, la protección y el apoyo a la Lactancia Materna.
Durante los últimos años, muchos países desarrollados del mundo occidental han diseñado estrategias que tienen como objetivo incrementar el número de mujeres que amamantan e intentar que la lactancia maternal se prolongue el máximo de tiempo posible.
En este contexto una de las principales prioridades es trasladar a madres y padres información y conocimientos actualizados sobre alimentación infantil, ventajas de la LM y su repercusión en la salud.

Otra prioridad es la potenciación de la lactancia natural a través de acciones concertadas y coordinadas entre la ciudadanía, los grupos de apoyo, profesionales de la salud y la autoridad sanitaria.
El apoyo a la LM (Lactancia Materna), está contemplado en el ámbito de los Derechos Humanos. Así en el artículo 24 de la Convención sobre los derechos de la Infancia adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989 se recoge el derecho de las niñas y los niños al disfrute de las mejores condiciones posibles de salud y reconoce las ventajas de la lactancia para la nutrición y la Salud Infantil.

2.OBJETIVOS.-

1. Recomendar el amamantamiento a demanda en oposición al amamantamiento restringido a un horario.
2. Asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar un pecho en cada toma.
3. Enseñar a los padres a reconocer las señales de amamantamiento ineficaz y aconsejar pedir ayuda si hay pérdida continuada de peso después de la primera semana de vida.
4. Enseñar a las madres a extraerse la leche, aconsejar y enseñar el masaje de los pechos y la extracción simultánea de ambos pechos con bomba de extracción, eléctrica, preferiblemente, si precisan extraerse la leche durante un tiempo prolongado.
5. Recomendar la LM exclusiva hasta los 6 meses, y complementada posteriormente con otros alimentos hasta los 2 años.

3.CONTENIDO.-

La lactancia maternal (LM) está caracterizada por el uso de leche de la madre del recién nacido (RN) como alimento para este. La leche materna es capaz de proporcionarte energía y nutrientes durante los primeros meses de desarrollo. El amamantamiento es un acto natural el cual puede ser realizado por cualquier mujer que está dotada de unos niveles mínimos culturales como institucionales.

Los componentes de la leche materna estimulan los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos. Forman parte esencial en la maduración del sistema inmune y el transporte de anticuerpos de la madre al recién nacido. Para la madre también ofrece beneficios, como un retraso de la ovulación, disminución del sangrado postparto y disminuye la incidencia para el cáncer de ovárico y el cáncer de mama.

Este tipo de alimentación promueve el máximo desarrollo cognitivo-sensorial del recién nacido en base a un establecimiento temprano y adecuado del vínculo afectivo. A su vez actúa como un importante reductor de la incidencia de mortalidad neonatal e infantil a causa de la aparición de enfermedades prevalente, tales como las diarreas o las neumonías. Desde el nacimiento hasta los seis meses de vida la lactancia materna administrada de forma exclusiva está recomendada, no obstante la aplicación de esta directriz depende en última instancia de los deseos y posibilidades de la madre.

Por otra parte, en la leche materna se encuentra anticuerpos protectores contra gran cantidad de infecciones virales y bacterianas. Dado que el sistema inmunológico de los recién nacidos solo alcanza su madurez plena hacia los seis meses de vida, la lactancia actual como una modalidad de inmunización pasiva semejante a ciertas vacunas, confiriendo así protección plena ante distintas enfermedades transmisibles.

Otro elemento que permite demostrar la importancia de la lactancia materna es su mínimo o nulo efecto antigénico. En términos simples, dado que sus componentes son de origen biológico humano, la posibilidad de aparición de alergias es prácticamente inexistente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años. Debe comenzar en las primeras horas de vida, debe hacerse a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche y deben evitarse los biberones y chupetes.

La lactancia materna tiene beneficios tanto para la madre como para el bebe o niño.

LOS BENEFICIOS DEL BEBE:

- Por tratarse de leche específica para ser humana, es mucho más fácil de digerir, se trata de fluidos vivo que cambia para cubrir las necesidades del infante para crecer
- Ayuda a tener desarrollo maxilofacial óptimo, pues cuando él bebe extrae la leche del pecho utiliza más músculos faciales que con el biberón.
- Al fluir la leche directamente del pezón a la boca del bebe, está exenta de manipulaciones y libre de contaminación por gérmenes.
- Protección contra infecciones respiratorias, gástricas, intestinales y de oído.
- Evitar las diarreas.
- Ayuda a su buen desarrollo neurológico.

- Ayuda a su buen desarrollo neurológico.
- Protección y barrera contra las alergias
- Menos probabilidad de ser obesos en la infancia.
- Excelente nutrición ya que contiene todos los nutrientes que el bebe necesita.
- Facilidad en la digestión y asimilación de nutrientes.
- Alto contenido de sustancias inmunológicas (anticuerpos) y anti-infecciosas mejorando el sistema de defensa del bebe.
- Favorece el desarrollo dental y mandibular
- Protección frente a la deshidratación. Un bebe alimentado con leche materna no tiene necesidad de agua.

LOS BENEFICIOS DE LA MADRE:

- Favorece la involución uterina, disminuyendo las hemorragias post parto.
- Las mujeres que lactan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es menos probable que padezca anemia post parto
- Es menor el riesgo de hipertensión y depresión posparto
- La osteoporosis y el cáncer de mama y de ovario, son menos frecuentes en aquellas mujeres que lactan a sus hijos.
- No requiere ningún tipo de preparación
- Retrasa la ovulación(no es anticonceptivo)
- No ocasiona gasto económico.

El trabajo con las madres se va a desarrollar en las siguientes cinco actividades

4. ACTIVIDADES
Nº 1

- **Población diana:** Madres lactantes y sus parejas.
- **Periocidad:** Desarrolladas durante la Prueba del talón, visitas del niño sano y en cualquier contacto fundamentalmente con las madres.
- **Justificación:**
  - Amamantar a demanda y sin restricciones promueve la lactogénesis, aumenta la duración de la LM, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal.
  - La respuesta temprana a las primeras señales del lactante dispuesto a mamar facilita el agarre correcto y la succión efectiva.
  - El contenido de grasa de la leche se incrementa durante la toma.

Herramientas de trabajo:

- Aconsejar el amamantamiento a demanda durante el primer año.
- Asegurarse de que los padres saben que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas.
- Aconsejar el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día al menos las 6 primeras semanas).

ACTIVIDAD Nº 2

- **Población diana:** Madres lactantes y sus parejas.
- **Periocidad:** Desarrolladas durante la Prueba del talón, visitas del niño sano y en cualquier contacto fundamentalmente con ellas.
- **Justificación:**
  - El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los 14 primeros días.
  - La duración del amamantamiento aumenta cuando los profesionales sanitarios proporcionan una evaluación continuada y realizan intervenciones apropiadas.

- **Herramientas de trabajo:**
- Aconsejar que permitan al lactante terminar con un pecho antes de pasarlo a otro.
- Observar una toma al inicio de la Lactancia, corrigiendo posibles problemas de la técnica.

ACTIVIDAD Nº 3

- **Población diana:** Madres lactantes y sus parejas.
- **Periocidad:** Desarrolladas durante la Prueba del talón, visitas del niño sano y en cualquier contacto fundamentalmente con ellas.
- **Definición**: La pérdida continuada de peso después del tercer día de vida está fuertemente relacionada con el abandono precoz de la LM.
- **Herramientas:**
  - Enseñar a reconocer los signos de amamantamiento ineficaz.
  - Enseñar a reconocer las señales tempranas de hambre y aconsejar el amamantamiento sin esperar al llanto

ACTIVIDAD Nº 4

- **Población diana**: Madres lactantes y sus parejas.
- **Periodicidad**: En los talleres de lactancia y en las visitas del Niño sano mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto.
- **Justificación:**
- Los masajes sobre el pecho inmediatamente antes de la extracción aumentan la cantidad de leche extraída, sin alterar la composición de la misma.
- La extracción doble simultánea consigue un aumento en la cantidad final de leche extraída.

- **Herramientas**:
  - Preguntar a la madre por sus planes de incorporación al trabajo.
  - Comprobar que conoce las técnicas de extracción y conservación de la leche
- **Intervención y cribado**:
  - Enseñar masajes previos a la extracción y técnica de extracción manual.
  - Aconsejar las bombas eléctricas de doble copa.
  - Aconsejar a las madres acudir al taller de lactancia.

ACTIVIDAD Nº 5

- **Población diana**: Madres lactantes y sus parejas.
- **Periodicidad**: En las visitas del Programa del Niño Sano, mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto.
- **Justificación**:
  - El apoyo positivo, con conocimiento apropiado de la lactancia del personal sanitario, aumenta la incidencia, duración y exclusividad de la LM.
  - La información inconsistente o inexacta proporcionada por los profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.
  - La leche humana proporciona todo el líquido y los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo del lactante.

- **Herramientas:**
  - Recordar y apoyar la LM durante cualquier contacto con madres embarazadas y en todas las visitas del Programa del Niño Sano.
  - Evitar la información incongruente o inexacta, mediante cursos de actualización y protocolos consensuados por todos los profesionales implicados en la atención materno-infantil.

5.CONCLUSIONES.-

- ***Recibir programas de educación pre y postnatal sobre la lactancia materna ayuda a mantenerla durante más tiempo.***
- ***El personal sanitario recibe una buena valoración por los participantes como personal responsable de los programas educativos***
- ***Los programas educativos ayudan en otros aspectos además de la duración de la lactancia materna.***
- ***Según la OMS a nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva.***

6.BIBLIOGRAFÍA.-

Libros:

1.-AGUAYO MALDONADO J. Lactancia Materna. Universidad de Sevilla, 2001.
2.- BLÁZQUEZ GARCÍA M. J. Parir, Nacer, mamar y amamantar Ed. M.J. Blázquez, Zaragoza, 2004. (Librería siglo XXI, Zaragoza).
3.- BRITTEN. J, MOODY J, HOGG K. Lactancia Materna Ed. Integral. Barcelona, 1998
4.- FISHER Clohe. Alimentación infantil Traducida por Laura Lecumberri. Pamplona 1999
5.- GONZÁLEZ C. Manual práctico de lactancia materna. Ed. ACPAM. acpam@menta,net
6.- GONZÁLEZ C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia Materna. Ed. Temas de Hoy Madrid 2006
7.- HALE T. Medicamentos y lactancia maternal Ed. GSK

- 8.- ILLINGWORTH El niño normal. Ronald S. 10ª edición. Churchil Livingstone. Edimburgo, 1991 12. LAWRENCE R. L. Lactancia Materna.Ed. Mosby. 4ª edición. Madrid, 1996
- 9.- OLZA Ibone, LEBRERO Enrique ¿Nacer por cesárea? Editorial: Ediciones Granica
- 10.-ROYAL COLLEGE of MIDWIVES. Lactancia Materna. Manual para profesionales Ed. ACPAM. Barcelona1994
- 11.- SAZ P. Higiene y Salud Natural de los Niños. Pablo. Ed. Particular. Zaragoza, 199 18. VÍA LÁCTEA. Guía de Lactancia Materna. Ed. G. Aragón Zaragoza 2007.

- **Artículo de revistas:**
- 1.-GONZÁLEZ C. Mi niño no me come. Carlos. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 199.
- 2.- GONZALEZ C. Bésame mucho. “Cómo criar a tu hijo con amor. Ed. Temas de hoy. Madrid 2003

- **Página WEB**
- LACTANCIA MATERNA 1. AEP. LACTANCIA MATERNA: GUÍA PARA PROFESIONALES Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) Monografía de la AEP nº 5 http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm

- **Bases de datos:**
- 1.-OMS World Health Organitation. Bulletin of the 68(5) 625-631 Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, 1989
- 2.-OMS–UNICEF/ NUT/93.2. Edición revisada en 1998 Breastfeeding counselling: A training course. Trainer´s Guide.

TEMA 31. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA CUANDO HAY SÍNTOMAS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

ANA GARCÍA-DANTAS

Índice

Introducción
Análisis de la demanda
Contextualización del caso y objetivos
Procedimiento y valoración
Análisis del cambio
Conclusión
Referencias

Introducción

Existen experiencias en la vida que son difíciles de superar. La pérdida de un ser querido en una edad critica, un incendio o una catástrofe natural y, en ocasiones, el recuerdo queda almacenado de una forma disfuncional lo que impide superar el hecho e integrarlo para poder llevar una vida normal[1]. Hay que tener en cuenta que el mismo acontecimiento puede suponer un trauma o herida para unos y no para otros, según diferentes factores: edad, vulnerabilidad, historia previa, nivel de estrés, etc., pero cuando una persona se ve afectada por traumas, puede cambiar radicalmente la forma en la que se comporta, se percibe a sí misma y se siente.

Introducción

Se sabe que tan solo un hecho traumático puntual puede ser suficiente para alterar el funcionamiento vital y la salud mental de una persona[2]

Introducción

La literatura también contempla la existencia de traumas interpersonales, los cuales se generan en el entorno más cercano y están asociados con situaciones de negligencia, maltrato físico y psicológico continuado. En este sentido, un padre que humilla y castiga físicamente a su hija de forma repetida o un niño que recibe críticas e insultos constantes por parte de sus compañeros podrían desarrollar traumas interpersonales tempranos.

Introducción

La Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EDMR, por sus siglas en inglés), es recomendada para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, tanto en adultos como en niños, por numerosas directrices internacionales como la Cochrane Review [3] y el National Collaborating Centre for Mental Health (2005).

Introducción

Existe también evidencia preliminar que apoya su aplicación en el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos, para varios problemas de salud mental y síntomas somáticos.

Introducción

El marco teórico en el que se basa la Terapia EDMR, es el Modelo del Sistema de Procesamiento de Información (Adaptive Information Processing [AIP] Model). Shapiro [4], plantea que gran parte de la psicopatología, es causada por una codificación inadecuada, del procesamiento incompleto de experiencias de vida traumáticas o perturbadoramente adversas.

Introducción

Según el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), “la patología se crea cuando este sistema innato se bloquea y el recuerdo del hecho traumático, queda aislado del resto de la red neural de la persona y no se integra con el sistema que empuja a cada uno hacia la autocuración”. Según Shapiro [5] que el paciente vea el recuerdo lejano por primera vez, modifica las evaluaciones cognitivas sobre sí mismo, sintiendo emociones adecuadas para la situación y eliminando las sensaciones físicas perturbadoras.

Introducción

Diferentes metaanálisis sobre este tema han concluido que EMDR es de eficacia igual o superior a terapias de orientación cognitivo-conductual para el TEPT [3, 6, 7]

Introducción

Aunque la Terapia Cognitivo-Conductual basada en el trauma y EMDR se consideran tratamientos de primera línea para los TEPT, hay un vacío en la literatura cuando valoramos su efecto en el tratamiento de otros trastornos. De este modo, el objetivo de este estudio es presentar un caso clínico de un preadolescente con trastorno de ansiedad generalizada e historia de trauma intervenido mediante el modelo terapéutico de EMDR.

Análisis de la demanda

Preadolescente de 11 años que acude acompañado por su madre a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil derivado por problemas atencionales de su Equipo de Salud Mental de referencia. Es el menor de dos hermanos, tiene un padre ausente con el que apenas tiene relación y una madre diagnosticada de trastorno ansioso depresivo. Tras las valoración del vínculo, se observa que presenta un tipo de apego inseguro-preocupado con el menor.
La madre refiere un embarazo y parto complicados con sufrimiento fetal. Han vivido en el hogar de sus abuelos maternos, junto con un tío y una prima formando una familia de estructura aglutinada.

Análisis de la demanda

Los síntomas que presentaba el menor en la evaluación inicial eran temores y preocupaciones irracionales sobre ladrones, terremotos, atentados, pobreza, veneno, etc. Estado de ánimo deprimido (llanto e irritabilidad), ansiedad, problemas de concentración y motivación escolar y rechazo a ir al colegio. Por otro lado, existen signos de dos duelos no resueltos (tío y abuelo). También refería insomnio e hiperfagia.

Contextualización del caso y objetivos

Múltiples situaciones vitales (Tabla 1) han generado inseguridad y pobre control (apego preocupado, enfermedades perinatales, pérdidas, etc.) favoreciendo síntomas de ansiedad generalizada y como consecuencia, desesperanza y ánimo depresivo afectando todo ello a la concentración y a la motivación escolar. Estos dos últimos aspectos son el motivo de derivación.

Tabla 1. Línea de eventos vitales traumáticos.

2 a	3 a	5a	9a	10 -11a
Nace hermano	Muere su tío de infarto	Muere abuelo materno	Prima se va de casa	Acoso escolar, dificultades académicas

Contextualización del caso y objetivos

Objetivos terapéuticos 1) Reparar apego con la madre para que sea un recurso positivo de calma , 2) Potenciar estrategias personales de estabilización y regulación emocional, 3) Desensibilizar preocupaciones y temores, 4) Elaborar duelos, 5) Trabajar acoso escolar: desensibilizar situaciones traumáticas y prevenir futuros episodios.

Procedimiento y valoración

Se administró el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) creado por Fernández-Pinto y colegas[8] al inicio y al final de la intervención. Las puntuaciones T tienen una escala con media= 50 y desviación típica de 10. Los valores por encima de 60 son indicadores de problema (60-70 riesgo; 70-80 problema clínico, 80-100 alta gravedad). Los baremos utilizados se corresponden con población normal no clínica con objeto de ser tomados de referencia para valorar el cambio terapéutico.

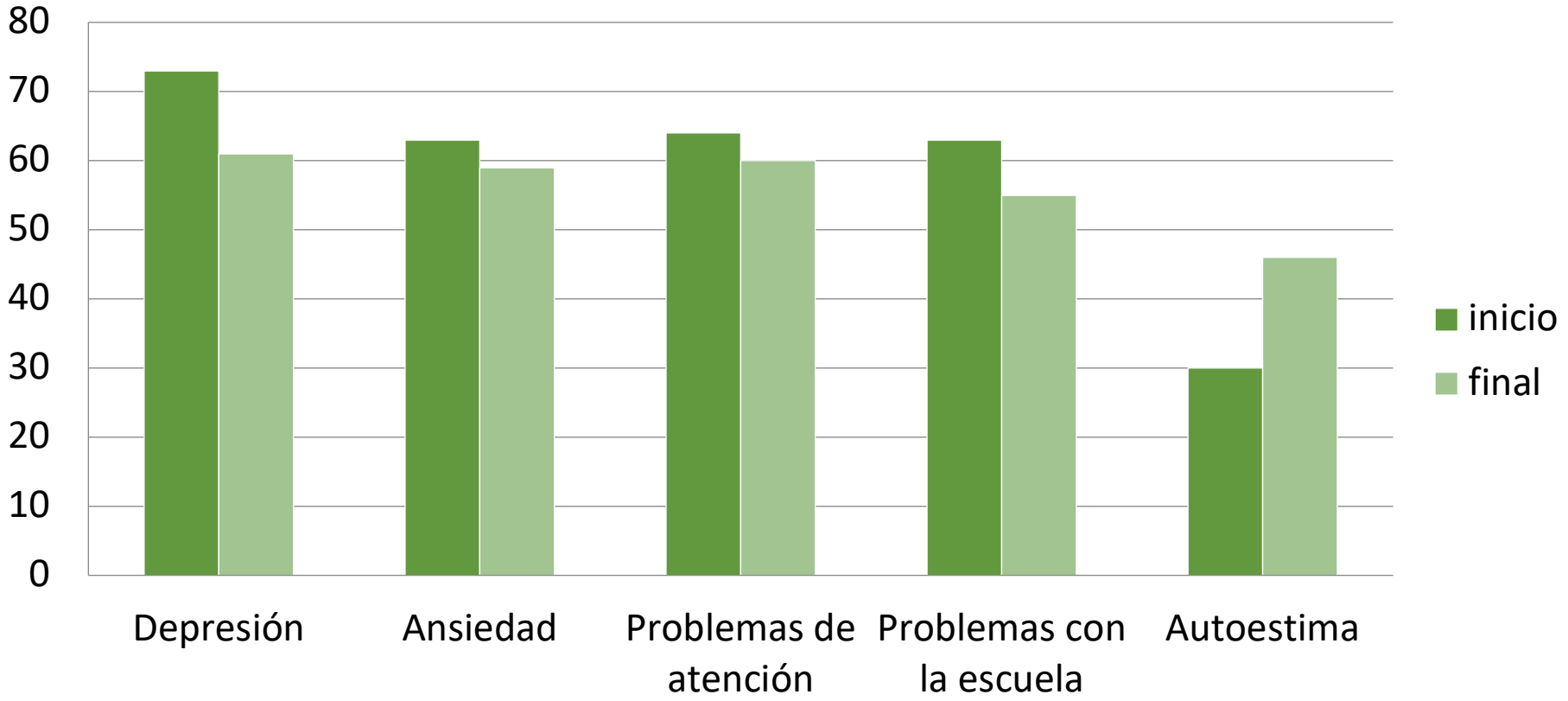
La intervención se realizó con el modelo de terapia EMDR (Estimulación y Reprocesamiento mediante Movimiento Ocular) en un total de 9 sesiones individuales de septiembre a febrero y un taller para fomentar la regulación emocional de la propia madre y con ello promover un apego seguro con su hijo.

Análisis del cambio

Se observaron cambios significativos en los aspectos trabajados dando lugar a la consecución de objetivos los objetivos terapéuticos y al alta por mejoría clínica. Como se refleja en la Figura 1, los mayores cambios se produjeron en las variables del SENA de Depresión y Ansiedad. En ambas se pasó de puntuaciones clínicamente alteradas a valores normativos, Los problemas atencionales, los cuales eran el motivo de derivación, se redujeron aunque con la intervención no se trabajó de forma directa sobre ellos y sí colateralmente. Los problemas de acoso escolar también disminuyeron y la autoestima aumentó notablemente.

Análisis del cambio

Figura 1
Puntuaciones del SENA del cuestionario del menor antes y después de la intervención

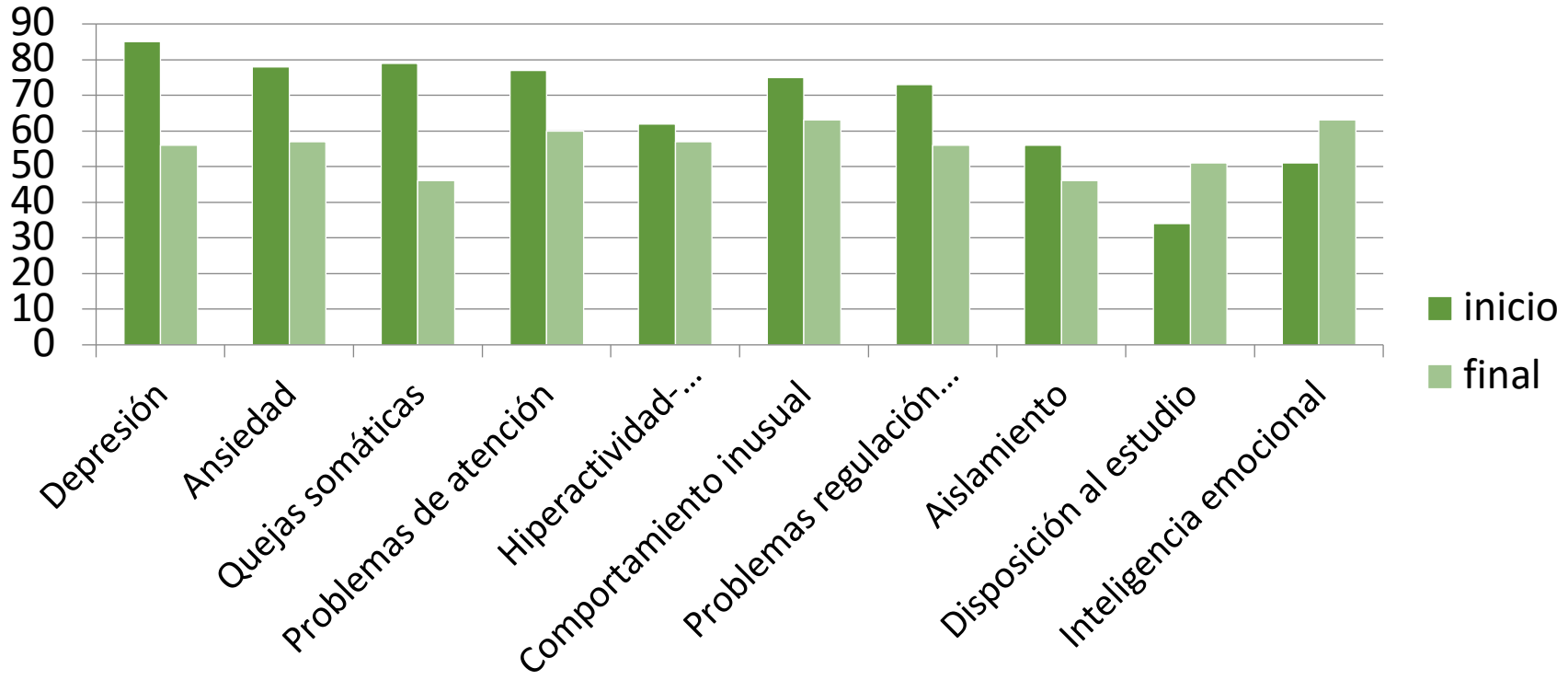


Análisis del cambio

Si se analiza el Inventario administrado a la madre (ver Figura 2), se observa que apunta cambios significativos en un gran número de áreas clínicas y de recursos personales del menor. Así, coincidiendo con los resultados aportados por el hijo, la madre refiere mejoras importantes en Depresión, Ansiedad y Problemas de Atención. Además, se observa una reducción en la percepción que tiene la madre de las Quejas Somáticas, Hiperactividad, Comportamiento inusual y Aislamiento. La madre también refiere una mejora en la Regulación emocional, Disposición al Estudio e Inteligencia emocional. Posiblemente, parte de este cambio sea consecuencia del trabajo personal que ella misma ha realizado en los talleres para padres con los que ha conseguido mejorar el vínculo que tenía con su hijo.

Análisis del cambio

Figura 2
Puntuaciones del SENA del cuestionario de la madre antes y después de la intervención



Análisis del cambio

En definitiva, se considera que el menor ha mejorado la sensación de confianza y seguridad en su entorno (reducción de ansiedad y quejas somáticas) lo que ha repercutido positivamente en su ánimo (reducción de depresión). Los problemas de atención e impulsividad, así como el comportamiento inusua,l están dentro de la normalidad. Al trabajar el acoso escolar, se han reducido los problemas con la escuela y el aislamiento, contribuyendo todo ello, a la mejora de la disposición al estudio.

Conclusión

Después de la intervención, todas las variables objeto de tratamiento analizadas con el SENA se encuentran dentro de los límites normales para su población de referencia. El menor duerme bien y su alimentación se ha regulado.

Los datos obtenidos apoyan la eficacia de la intervención EMDR para este tipo de problemas en pre-adolescentes apoyando los estudios previos que muestran que esta Terapia es eficaz en población infanto-juvenil[3]

Referencias

(1) Novo P y cols. 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Available online 11 February 2016, ISSN 1888-9891, http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.

(2) Gonzalez A y Mosquera D. EMDR y disociación. El abordaje progresivo. Madrid, Pleyades; 2012 (p13).

(3) Bisson J, y Andrew, M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;18(3).

Referencias

(4) Shapiro F.EMDR: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guildford Press; 2001.

(5) Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press; 1995.

(6) Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L. y Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry. 2005; 162: 214-227.

Referencias

(7) Seidler GH y Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychological Medicine; 2006; 36, 1515–1522.

(8) Fernández-Pinto I, Santamaría P, Sánchez-Sánchez, F, Carrasco MA y del Barrio V. SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones; 2015.

TEMA 32. ¿RESULTA BENEFICIOSA LA DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTO OCULAR (EMDR) PARA EL TEPT (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO) EN POBLACIÓN INFANTIL?

ANA GARCÍA-DANTAS

Indice

Pregunta PICO
Estrategia de búsqueda
Resumen de la evidencia
Conclusiones
Evaluación de la evidencia
Referencias

Pregunta PICO

Población: niños/as con TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático)
Intervención: EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular)
Resultado: mejora de síntomas postraumáticos

Estrategia de búsqueda

Se realiza una primera búsqueda en Tripdatabase, utilizando los siguientes descriptores: “EMDR” and “PTSD” and “CHILDREN”, encontrando 54 resultados, seleccionando 3 artículos que respondían a la pregunta planteada. Posteriormente, se realiza una búsqueda en Cochrane utilizando los mismos descriptores con 13 resultados, de los cuales se seleccionan 2 revisiones sistemáticas por ser las únicas con contenido relevante y ajustado para responder a la pregunta PICO. Finalmente se obtienen 23 resultados en PubMed usando los mismos descriptores, de los cuales se seleccionan 5 artículos. Se usó como filtro para todas las publicaciones los últimos 5 años (2013-2018).

Resumen de la evidencia

La primera revisión analizada incluye 51 ensayos incluidos con más de 6000 participantes (1). Los autores no encontraron diferencias en los resultados obtenidos después de implementar TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) y EMDR para reducir el diagnóstico de TEPT a corto plazo. Se concluye que se necesitan más pruebas para demostrar la efectividad relativa de diferentes terapias psicológicas para los niños expuestos al trauma, en particular a más largo plazo y los estudios deben ser de mayor calidad para comparar estas terapias. El siguiente menaanálisis analiza 14 estudios que incluyen a un total de 78 participantes (2).

Resumen de la evidencia

Los autores manifiestan que aunque existe suficiente evidencia de la efectividad de las terapias psicológicas para mejorar los síntomas del TEPT, en particular la TCC, no se puede determinar la eficacia en población infantil de una terapia respecto a las otras. En la línea de la revisión anterior, se muestra que los hallazgos en general son limitados por los sesgos metodológicos, por las muestras tan escasas y por el reducido número de estudios sobre el tema. Otra revisión reciente sobre el tema analiza 37 estudios desde el año 2000-2017 (3).

Resumen de la evidencia

Determinaron como tratamientos bien establecidos la TCC individual con y sin trabajo complementario con los padres, y TCC en grupo con los menores. Como Probablemente eficaz fue la terapia EMDR y, la TCC en grupo junto con trabajo con los padres. *En cuanto a los dos ensayos clínicos encontrados (4, 5), se extrae como conclusión la eficacia de la terapia EMDR en la reducción de sintomatología postraumática al mismo nivel que la TCC (4) y la TCC basada en la escritura, incluso obteniendo EMDR algunas ventajas sobre las otras (5).*

Resumen de la evidencia

En concreto, mediante un estudio aleatorizado con niños con el diagnóstico de TEPT distribuidos entre tres opciones de tratamiento: EMDR, TCC basada en la escritura y lista de espera durante un máximo 6 sesiones, se registró que después de la intervención un 92.5% del grupo de EMDR, y un 90.2% del grupo de TCC basado en la escritura no cumplían los criterios diagnósticos para el TEPT, manteniéndose la mejoría en el seguimiento. La única diferencia encontrada fue la duración de la intervención: con EMDR se conseguían resultados similares pero en menos tiempo (5).

Resumen de la evidencia

Con electroencefalografía se mostró que la terapia EMDR en niños traumatizados producía cambios en las áreas implicadas en procesamiento cognitivo (6). Estos cambios estaban asociados con una disminución de síntomas depresivos y traumáticos y con una mejora en el funcionamiento emocional adaptativo con el tiempo. Los estudios de casos han mostrado que la Terapia EMDR fue efectiva tanto para reducir los síntomas postraumáticos de un niño y de un adolescente con TEPT y Capacidad Intelectual Límite (7) como para mejorar, junto con la administración de Aripiprazol, la sintomatología postraumática (8).

Resumen de la evidencia

Por último, algunos autores discuten los efectos de diferentes tratamientos en niños traumatizados y manifiestan que la TCC basada en el trauma y la terapia EMDR son tratamientos de elección para niños y adolescentes con TEPT (9).

Conclusiones

La mayoría de investigaciones sobre EMDR se centran en población adulta y existe escasa literatura científica que investigue su eficacia en población infantil por lo que se necesitan más estudios sobre este tema. No obstante, la terapia EMDR parece prometedora para el abordaje del trauma en la infancia demostrando el mismo nivel de eficacia que otras de primera línea, como la TCC y la TCC basada en el trauma.

Evaluación de la evidencia

Grado	Estudio	Número
1	Revisión sistemática/Metaánalisis	3
2	Ensayo clínico aleatorizado	2
3	Cohortes/Casos-controles	3
4	Opinión de expertos	1
5	Guías de práctica clínica	0

NOTA: A lo largo del documento se han hecho uso de las abreviaturas PTSD (Postraumattic Stress Disorder), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) y TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) al ser científicamente conocidas y ampliamente usadas en la literatura de referencia.

Referencias

(1) Gillies D, Maiocchi L, Bhandari A P, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. Cochrane Database Syst Rev 2016*; (*10). *Art. No.: CD012371. DOI: 10.1002/14651858.CD012371.*

(2) Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012*; (*12). *Art. No.: CD006726. DOI: 10.1002/14651858.CD006726.pub2.*

Referencias

(3) Dorsey S, McLaughlin K A, Kerns S E U, Harrison J P, Lambert H K, Briggs E C, Revillion C J, Amaya-Jackson L. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017; 46(3): 303-330.

(4) Diehle J, Opmeer B C, Boer F, Mannarino A P, Lindauer R J. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1015; 24(2): 227-236.

Referencias

(5) De Roos C, Van der Oord S, Zijlstra B, Lucassen S, Perrin S, Emmelkamp P, De Jongh A. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. J Child Psychol Psychiatry. *2017; 58*(11):1219-1228.

(6) Trentini C, Pagani M, Fania P, Speranza A M, Nicolais G, Sibilia A, Inguscio L, Verardo A R, Fernandez I, Ammaniti I. Neural processing of emotions in traumatized children treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy: a hdEEG study. Front Psychol. 2015; doi: 10.3389/fpsyg.2015.01662

Referencias

(7) Mevissen L., Didden R, Korzilius H, De Jongh A. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. J Appl Res Intellect Disabil. 2017; 1, 34-41.

(8) Ipci M, Inci S B, Akyol U, Ercan, E S- A case of asperger syndrome with comorbidity of posttraumatic stress disorder and selective mutism: Significant remission with the combination of Aripiprazole and Eye Movement Desensitization and Reprocessing. J Clin Psychopharmacol. 2017; 37(1), 109-110.

Referencias

(9) Verlinden E, Lindauer R J. Trauma in children and adolescents: screening, diagnoses and treatment. Tijdschr Psychiatr. 2015; 57(12),912-916.

TEMA 33. CASO CLÍNICO: VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL

INDICE

- MOTIVO DE CONSULTA
- ANTECEDENTES
- EXPLORACIÓN PSICOPATOLOGÍCA
- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
- PLAN DE CUIDADOS
- DISCUSIÓN DEL CASO
- BIBLIOGRAFÍA

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente a seguimiento por el Centro de Salud Mental I desde hace cuatro años por SAD (síndrome ansioso depresivo).
Desde hace un año, no sale de casa, permanece el día en pijama, fumando y bebiendo agua de forma compulsiva. Su familia no consigue que realice tareas mínimas. Duerme y come bien. Hace poco le han comunicado que es portadora de VPH, que le ha generado en los últimos meses un estado de intensa ansiedad y temores infundados, basados en interpretaciones erróneas de información recopilada por ella misma. Se objetivan ideas sobrevaloradas de temática hipocondriaca. Mala relación con su madre con la que convive.

Antecedentes personales

Mujer, 52 años, viuda, sin hijos, dos hermanos, convive con su madre. Fumadora de dos cajetillas diarias. Niega otros hábitos tóxicos. Trabajó hasta hace cuatro años, llevando una vida estructurada, independiente y socialmente estable.
Alergia a la penicilina y derivados. No HTA. No DM. No dislipemia. No cardio ni broncopatía. Candidiasis de repetición. Tratada por VPH.IQ apendicitis. Bultoma en hombro Izq. Edema de Reinke. Fisura anal.

Antecedentes familiares

Padre fallecido por adenocarcinoma gástrico.

Diagnóstico: TOC derivado de cronificación de TAD

Tratamiento farmacológico

Sertralina 50: 1 cp al desayuno
Diazepam 10: 1 cp M-T-N
Enantium 25: 1 cp S/P
Decentan 8: ½ a la cena

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Aspecto físico correcto. Abordable y escasamente colaboradora, angustiada, quejas constantes de salud. Inquietud psicomotriz evidente. Ánimo subdepresivo de evolución crónica, apatía desinterés por el entorno, anhedonia, inactividad, aislamiento social etc.…Discurso incoherente en bucle, en ciertos momentos sale del discurso y es capaz de contestar una pregunta pero retoma el discurso persistentemente. Incapaz de tomar decisiones. Culpabilidad, negativa, prolija repetitiva y potomanias. No ideas delirantes ni autoliticas. No síntomas de tipo psicótico.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Cumplimiento del régimen terapéutico farmacológico. No ejercicio físico. Revisiones: Si

DOMINIO 2. NUTRICION

Tipo de dieta habitual: Normal. Intolerancias alimentarias: No

Peso: 48 kg. Talla: 153 cm. IMC: 21,5 (Normo peso). Alteración del apetito: No. Dificultad para masticar: No. Dificultad para deglutir: No. Vómitos/Nauseas: No. Piel y mucosas: Hidratadas. Observaciones: Ingesta de agua aumentada (cantidad difícil de precisar)

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN

Problemas al orinar: Frecuencia aumentada. No incontinencia urinaria ni fecal. Habito intestinal normal.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD-REPOSO

No realiza actividad, ni ejercicio. No AVD. Inquietud. Precisa ordenes. No actividades de ocio. Horas de sueño: 8 a 10

DOMINIO 5. COGNITIVO-PERCEPTIVO

Alerta. Apática. Orientada en espacio, persona y tiempo. Contenido del pensamiento distorsionado: Ideas en bucle, incoherentes. Distraída. Percepción: Alterada. Discurso repetitivo.

DOMINIO 6. AUTO PERCEPCIÓN

Estado de ánimo: Apático. No consigue llevar a la práctica lo que se propone. No ha habido o se prevén cambios en su cuerpo.

DOMINIO 7. ROL- RELACIONES

Vive con su madre. Desempleada. No tiene personas a su cargo. Cuidador principal: su madre. Apoyo familiar relativo. No acepta la muerte de su padre. Dificultades para su cuidado por problemas del cuidador (tiene 90 años)

DOMINIO 8. SEXUALIDAD

No toma anticonceptivos. Su enfermedad ha influido en su sexualidad, aunque no quiere recibir ayuda ni información.

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Mirada huidiza, gestos de angustia. Ansiedad/agitación/incoherencia. Expresa y/o observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias. Lo atribuye a su enfermedad. Alto grado de incapacitación personal, familiar y social.

DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES:

Sin valoración

DOMINIO 11. SEGURIDAD

Piel integra. No riesgo de caídas. No riesgo de aspiración. No riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares. No riesgo de lesionarse o lesionar a otros.

DOMINIO 12. CONFOR: :
Dificultad para valorar este patrón.
DOMINIO 13. CREENCIAS – DESARROLLO
No se están utilizando diagnósticos de este dominio

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA. CÓDIGO 00119
DEFINICION: Larga duración de una autoevaluacion negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
DOMINIO: 6. Autopercepción.

RESULTADOS: Cód. 200 Calidad de vida: Alcance de la percepción positiva de las condiciones de vida

ESCALA 1. Nunca positivo, 2. Raramente positivo, 3. A veces positivo, 4. Frecuentemente positivo, 5. Siempre positivo

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
Verbalización de autoaceptación	1	3
Sentimientos sobre su propia persona	2	5
Satisfacción con el estado de animo	1	4

INTERVENCIONES: Cód.5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo:

- Fomentamos el contacto visual al contactar con otras personas

- Toma de decisiones informadas

Cód.5220 Potenciación de la imagen corporal:

- Ayudar a establecer objetivos realistas
- Satisfacción con la imagen personal
- Programar citas para realizar actividades encaminadas a mejorar la imagen corporal

Cód. 5400 Potenciación de la autoestima:

- Animar al paciente a potenciar sus virtudes
- Verbalización de la autoaceptación
- Fomentar el contacto visual al contactar con otras personas

DIAGNÓSTICO: CONFUSIÓN CRÓNICA CÓDIGO 00129

DEFINICIÓN: Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Alteración de la conducta, alteración de la personalidad, deterioro de la socialización

DOMINIO: 5 Cognitivo- Perceptivo

RESULTADOS:

Cód. 09619 Estado de ánimo lábil

Cód. 091617 Dificultad para seguir ordenes complejas

ESCALA 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVOS
Se comunica de forma clara para su edad y su capacidad	1	3

Comprende el significado de eventos y situaciones	2	5
Atiende	3	5
Se concentra	1	4
Está orientado	1	5
Manifiesta memoria reciente	1	5

INTERVENCIONES:

Cód. 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje:

- Se facilita la expresión de dificultades para realizar tareas
- Reforzamos logros

Cód. 4720 Estimulación cognisticia:

- Recogemos quejas
- Se mantiene un ambiente de seguridad
- Proporcionamos un nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente
- Enfocamos el discurso hacia lo que ha conseguido

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD. CÓDIGO 00146

DEFINICION: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Nerviosismo, irritabilidad, angustia, dificultad para la concentración.

DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

RESULTADOS:

Cód.1402 Autocontrol de la ansiedad.

Cód.1211 Nivel de la ansiedad.

ESCALA Nivel de ansiedad: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
Dificultad para conciliar el sueño	3	4
Disminución de interés en las actividades	1	3
Deterioro de la memoria	2	4
Preocupaciones	2	4
Se anticipa a lo peor	2	4

INTERVENCIONES: Cód. 5820 Disminución de la ansiedad:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Escuchar con atención

Cód. 5880 Técnicas de relajación:

- Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad

Cód. 5240 Asesoramiento:

- Ayudarle a buscar información para reducir la ansiedad

Cód.5230 Aumentar el afrontamiento

- Animar manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos

DISCUSIÓN DEL CASO

Actualmente con conciencia de enfermedad. No es capaz de recuperar su vida anterior más bien al contrario se va cronificando. Existe un consumo de agua excesivo con tendencia a la potomanía. El patrón urinario se ve aumentado debido a las grandes cantidades de agua que consume.

Trabajo hasta hace cuatro años en que la despidieron por problemas conductuales. Se vio obligada a convivir con su madre con la que mantienen una mala relación. Su madre y sus hermanos no comprenden su enfermedad.

Dificultad para obtener respuestas directas, ideas en bucle, pensamiento incoherente, disartia.
Estado de ánimo apático, expresión facial angustiada, desviando la mirada intermitentemente. Inquietud psicomotriz con movimientos estereotipados como tocarse las puntas de los dedos o beber agua constantemente. Precisa órdenes verbales para la realización de cualquier actividad diaria, como, levantarse de la cama, asearse, ir de compras etc. Continuas quejas personales, incapaz de tomar decisiones.
Se escucha y motiva para mejora de aspecto físico, se proporciona ayuda para cita en peluquería.
Se proporciona nueva cita para control y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Herdman TH, editores. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. ed. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher TK, McCloskey J, editores. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009

TEMA 34. EFECTOS CARDIOVASCULARES DEL CONSUMO DE MARIHUANA

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ PATRICIA GONZALEZ ROBLES

INDICE

- INTRODUCCION Y OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

- La marihuana es la droga psicoactiva más consumida a nivel mundial. En España aproximadamente 159.000 personas iniciaron el consumo en el ultimo año.
- En la población de 15 a 64 años la prevalencia disminuye a medida que aumenta la edad. Entre los 15 y los 24 años, el 19.9% consumieron en los últimos 12 meses, disminuyendo al 15% en el grupo de 25 a 35 años, 10% entre 35 y 44 años y por debajo del 5% en mayores de 44 años.
- Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer los efectos cardiovasculares (ECV) de dicha droga, sobre todo como factor de riesgo para el infarto agudo de miocardio (IAM).

RESULTADOS

La marihuana causa isquemia cardiaca asociada al aumento de la frecuencia cardiaca por tanto el trabajo cardiaco, disminuye el aporte de oxigeno al corazón por el aumento de carboxihemoglobina en la sangre, aumenta el apetito incrementando el riesgo de padecer obesidad, diabetes y dislipemia (FRCV reconocidos).

En una encuesta realizada en 2001por Mittleman et al. a 3.882 pacientes 4 días tras haber sufrido un IAM, de las cuales 124 habían consumido marihuana en el año anterior, con una media de edad de 44 años frente a los no consumidores de 66 años de promedio, se concluyó que tras una hora de haber consumido marihuana, el riesgo de IAM aumentaba en 4.8 veces.

En un macroestudio en 2014 con más de 2 millones de pacientes que habían padecido IAM, concluyeron que el consumo de marihuana no aumentaba significativamente la mortalidad por IAM con respecto a los no consumidores, pero si una mayor prevalencia de infarto.

Los efectos analgésicos de la marihuana pueden enmascarar los síntomas de IAM retrasando la asistencia temprana al hospital.

No se ha podido comprobar que la marihuana tenga capacidad trombogénica, pero hay estudios con animales en los que se han observado efectos beneficiosos en la progresión de la ateroesclerosis y otros que evidencian la actividad antiagregante plaquetaria. En la angina estable disminuye el tiempo de aparición de la misma durante el esfuerzo hasta el 48%.

Existen muchas hipótesis que intentan explicar el mecanismo desencadenante de síndrome coronario agudo (SCA) tras el consumo de marihuana.

Una de las hipótesis propuestas es el vasoespasmo coronario transitorio inducido por cannabis, dado que en muchos casos la angiografía tras SCA fue normal.

Se mencionan los efectos procoagulantes que podría tener el cannabis, así como los efectos hemodinámicos (hipotensión, taquicardia..) que podrian desencadenar la rotura de la placa de ateroma. El aumento en los niveles de carboxihemoglobina inmediatamente después de la inhalación de marihuana, podría reducir la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, esto sumado a la actividad simpaticomimetica y el aumento de la FC que produce un aumento en la demanda de oxigeno del miocardio, podrían desencadenar el SCA

No se ha podido comprobar que la marihuana tenga capacidad trombogénica, pero hay estudios con animales en los que se han observado efectos beneficiosos en la progresión de la ateroesclerosis y otros que evidencian la actividad antiagregante plaquetaria. En la angina estable disminuye el tiempo de aparición de la misma durante el esfuerzo hasta el 48%.

CONCLUSIONES

El consumo de marihuana está relacionado con el desarrollo de factores de riesgo cardiovasculares metabólicos (obesidad, dislipemia y diabetes), por lo que se debería hacer incapié en la educación higiénico-dietética de los pacientes con dependencia a dicha substancia.

El riesgo de padecer IAM aumenta en la primera hora tras haber consumido y disminuye progresivamente a medida que pasa el tiempo.

Se pude considerar que consumir marihuana aumenta la mortalidad en comparación con la población sana no consumidora, dado que incrementa la prevalencia de IAM, con el riesgo para la vida que esto supone.

BIBLIOGRAFIA

- Aronow WS, Cassidy J. Effect of marihuana and placebo-marihuana smoking on angina pectoris. N Engl J Med 1974;291:65-7. 10.1056/NEJM197407112910203
- PubMed; Prolonged cardiac arrest complicating a massive ST-segment elevation myocardial infarction associated with marijuana consumption. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27609717
- M.A. Mittleman, R.A. Lewis, M. Maclure, J.B. Sherwood, J.E. Muller Triggering myocardial infarction by marijuana Circulation., 103 (2001), pp. 2805-2809 Disponible en http://circ.ahajournals.org/content/103/23/2805

- PubMed; Cardiovascular Complications of Marijuana and Related Substances: A Review. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29218644

- Informe estadisticas 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-ESTADISTICAS.pdf

TEMA 35. ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL MOVIMIENTO ANTIVACUNA

LIDIA MELLADO MARTÍN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ACTUALIDAD EN ESPAÑA
- DESMONTANDO MOTIVOS PARA NO INMNIZAR
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Hay suficiente evidencia científica de que la vacunación infantil es la mejor medida preventiva y la más eficaz, pero se producen opiniones en contra de esta medida.

La oposición a la vacunación se lleva produciendo desde que se comenzara a hablar de ella, en 1796 Edward Jenner presenta su trabajo sobre la inmunización humana frente a la viruela y ya surgen los primeros rechazos a la técnica.

Los primeros movimientos de protesta antivacunas los encontramos en Inglaterra en 1853 en Inglaterra, cuándo se obliga a los padres a vacunar a los hijos.

En 1998 aparece un artículo en la revista The Lancet, de A. Wakefield, en el que asocia la vacuna del sarampión con el autismo. Siendo este el desencadenante principal del movimiento en nuestra época.

Diez años después la revista la revista The Lancet
se retractó del artículo, pero pocos se hicieron eco de esto, la información había llegado a muchos padres y el miedo hacía que la administración de la vacuna comenzara a disminuir de forma evidente.

ACTUALIDAD EN ESPAÑA

Los colectivos antivacunas y los padres que optan por no inmunizar a sus hijos son una minoría en España, llegando al 3%.

De los calendarios obligatorios de las comunidad se llega a conseguir una vacunación del 96%. Por lo consiguiente una alta cobertura.

Es Cataluña la comunidad en la que menos se vacuna a los niños.

DESMONTANDO MOTIVOS PARA NO INMUNIZAR

El primero motivo que tenemos que explicar a los padres es que no se vacuna de enfermedades antiguas que ya no representan riesgo.

Las enfermedades que se previenen con la vacunación infantil son infrecuentes ello se debe precisamente a que la mayoría nos hemos inmunizado por medio de la vacunación.
Insistiremos en que la mayoría de estas enfermedades son graves y producen gran mortalidad.

Otro de los argumentos que usan los antivacunas el de no administrarlas para permitir que los niños adquieran inmunidad, es decir, desarrollen la capacidad de defenderse frente a las enfermedades enfrentándose a ellas.

Hay que explicarles a los padres que existen patologías como el tétanos que, aunque se padezcan, no producen inmunidad y pueden volverse a sufrir.

Igualmente insistir en que las enfermedades de las que se va a inmunizar pueden provocar la muerte o secuelas muy graves.

CONCLUSIÓN

En el siglo XXI la vacunación es un éxito, las enfermedades prevenibles por las vacunas
están casi desapareciendo, y ello induce a la población a pensar que ya no existen o minusvalorar
riesgos.

Grossman et al en 2011, nos muestra, el 93% de los pediatras estimaba que el rechazo total a las vacunas era inferior a 1% y el parcial 1-5%, con diferencias entre países de Europa.

No hemos encontrado ningún artículo científico basado en la evidencia en contra de la inmunización infantil.

Los pediatras consideraban que los motivos más frecuentes del rechazo por parte de los padres
eran: miedo a efectos adversos (60%), demasiadas vacunas para el sistema inmune infantil (48%),
preferencia por medicina alternativa (48%), consideraban que era mejor pasar la enfermedad
(31%), miedo a autismo (29%) o no creían en los riesgos de padecer la enfermedad (27%).

La consecuencia de la creciente resistencia a la vacunación es el aumento de la morbilidad y la
mortalidad por el incremento de infecciones producidas por enfermedades casi erradicadas como
los brotes epidémicos aparecidos en diversos lugares del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- López Santamaría, M. Á. (2015). Los movimientos antivacunacion y su presencia en internet. Ene, 9(3). [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Abr 02]; 9(3).

- Aparicio Rodrigo, M. (2015). Antivacunas: un reto para el pediatra. Pediatría Atención Primaria, 17(66), 107-110. 3. Tuells, J. (2016).

- Controversias sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social. Gaceta Sanitaria, 30(1), 1-3. 4. Rosell Aguilar I. (2017).

- “Antivacunas” y dudas parentales en vacunación infantil: recuperemos la confianza en los profesionales sanitarios. Revista Clínica Universidad de Valladolid., 26:3-10. 5.

- Consulta de asesoramiento en vacunas: el encuentro es posible. Piñeiro Pérez, R.; Hernández Martín, D.; Carro Rodríguez, M.A.; de la Parte Cancho, M.; Casado Verrier, E.; Galán Arévalo, S.; Carabaño Aguado, I. (2017) . Revista Anales de Pediatría, 86(6), 314-320

- Artigas-Pallarés, J. (2010): “Autismo y vacunas: ¿punto final?”, Revista Neurología, 50(3), S91-S99

- Asociación Española de Pediatría (2016): Manual de vacunas en línea, disponible en http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-45

- Blanco Quirós, A. (2014): “Actualización sobre vacunas y nuevas perspectivas”, Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, 51, pp. 141- 157.

TEMA 36. PROBIOTICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CRISTINA SANCHEZ SANHEZ

ÍNDICE

1. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)
2. PROBIOTICOS
3. OBJETIVO
4. MATERIAL Y METODOS
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFIA

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca la colitis ulcerosa (CU), y la enfermedad de Crohn (EC). Las dos patologías crónicas, suelen afectar a adultos jóvenes (5) estando ambas relacionadas con la combinación de factores genéticos y medioambientales que alteran la regulación del sistema inmune (6). En la CU se presenta inflamación continua de la mucosa del colon y recto, con episodios de recaídas y de remisión; sin embargo, la EC se caracteriza por una inflamación transmural que puede afectar todo el TGI en forma segmentaria, llevando en ocasiones a estenosis luminal y a síntomas obstructivos. Todo ello conduce a múltiples discapacidades físicas, nutricionales e inmunológicas causantes de dolor abdominal, diarrea, sangrado rectal, fiebre, fatiga y pérdida de peso; con posible formación de abscesos, fístulas y estenosis intestinal (7).

No existe un tratamiento curativo y las opciones actualmente disponibles, son paliativas y de soporte, están dirigidas al tratamiento de síntomas específicos que combinan los abordajes farmacológicos, psicológico y dietético (1). Los tratamientos farmacológicos tienen eficacia limitada además de importantes efectos secundarios, por ello existe un interés creciente en terapias diferentes, como el uso de probióticos (2).

2.PROBIOTICOS

La organización Mundial de la Salud define los probióticos como “organismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, confieren beneficios para la salud del huésped (3)

3.OBJETIVO

El propósito de este trabajo fue realizar un acercamiento al consumo de suplementos nutricionales con base en probióticos como tratamiento de soporte de las EII y evaluar su eficacia.

4.MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en diferentes bases de datos, como Embase y Pubmed, desde febrero a abril del 2018, buscando estudios que asociaran suplementos nutricionales con EII, haciendo énfasis en probióticos. Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: “Dietary supplements”[MeSH] AND (“Inflammatory Bowel Diseases”[MeSH] OR “Colitis, Ulcerative”[MeSH] OR “Crohn Disease”[MeSH]). Se han incluido artículos en inglés y español, publicados en los últimos 10 años.

5.RESULTADOS

Después de descartar los estudios considerados irrelevantes a partir del título y el resumen, se obtuvo la versión de texto completo de los artículos seleccionados. De un total de 161 referencias, 43 cumplieron criterios finales de inclusión.

El uso de probióticos en EII parece ser una terapia que ayuda a mantener los períodos de remisión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y atenúa el proceso fisiopatológico. Los lactobacilos y bifidobacterias mostraron mejoría tanto subjetiva (cuestionarios) como objetiva (colonoscopia) en los pacientes tratados, disminuyendo el dolor abdominal y mejorando los síntomas al restaurar la micro flora intestinal (4) por su capacidad de unión al epitelio intestinal y producción de sustancias que inhiben la adhesión e invasión de microorganismos patógenos (4,8).

6. CONCLUSIONES

La toma de pro bióticos parece ser una conducta benéfica en el tratamiento de la EII. En general, el uso de estos suplementos indica ser una práctica acertada, especialmente para el control de síntomas y el mantenimiento de la remisión en estas entidades. Sin embargo, es necesario tener en cuenta la condición específica del paciente e individualizar el tratamiento conforme a sus necesidades.

7.BILIOGRAFIA

- **1**.Lovell RM, et al. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(7):712-21. Doi: https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029
- **2**.Jeanette Coriat B et al A Review of the Literature on the Use of Probiotics to Treat Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease
- **3** G. Pérez Martínez, et al El uso de probióticos: el difícil caso de la enfermedad inflamatoria intestinal Alim. Nutri. SAlud Copyright © 2014 Instituto Danone Vol. 21, N.º 1, pp. 3, 2014
- **4** Cash BD. Emerging role of probiotics and antimicrobials in the management of irritable bowel syndrome. Curr Med Res Opin. 2014;30(7):1405-15. Doi: https://doi.org/10.1185/ 03007995.2014.908278

- **5**. Basso P, Bonfa G, Nardini V. Classical and recent advances in the treatment of inflammatory bowel diseases. Braz J Med Biol Res. 2015,48(2):96-107. Doi: https://doi. org/10.1590/1414-431X20143774
- **6**. Pineda Ovalle LF. Enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia. ¿Está cambiando nuestro perfil epidemiológico? Rev Col Gastroenterol. 2010, 25(3):235-8
- **7**. Verbeke K, Boesmans L, Boets E. Modulating the microbiota in inflammatory bowel diseases: prebiotics, probiotics or faecal transplantation? Proc Nutr Soc. 2014;73(4):490-7. Doi: https://doi.org/10.1017/S0029665114000639
- **8**. Didari T, Mozaffari S, Nikfar S, et al. Effectiveness of probiotics in irritable bowel syndrome: updated systematic review with meta-analysis. World J Gastroenterol. 2015;21(10):3072-84. Doi: https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i10.3072

TEMA 37. FACTORES AMBIENTALES ASOCIADOS A LA HIDATIDOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN

ANTONIA DEL AMOR CANTERO SANDOVAL

JOSÉ NICOLÁS GÁLVEZ

MARÍA INMACULADA ARJONA LÓPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FISIOPATOGENIA Y CICLO VITAL
3. CLÍNICA
4. DIAGNOSTICO
5. TRATAMIENTO
6. PROFILAXIS
7. CASO CLINICO
8. BIBLOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La hidatidosis, también conocida como equinocosis, es una enfermedad parasitaria clínicamente muy grave, provocada por platelmintos. Estos platelmintos son un gran grupo de invertebrados con muchas especies parásitas tanto en fase larvaria como adulta, de la que cabe destacar el Echinococcus granulosus, considerándose es el responsable de esta patología en humanos. Se trata por tanto de una de las ciclozoonosis, que frecuentemente se transmiten entre los animales, principalmente perros, y el hombre.

1. INTRODUCCIÓN

Ningún lugar del mundo está exento de padecer la enfermedad. Distribuida ampliamente por Europa, Medio Oriente, África, Nueva Zelanda, Australia, Asia, y América, esta diseminación esta influida por diversos factores entre los que se encuentran las características agrícolas, ganaderas, económicas y culturales de cada país, especialmente asociadas a la convivencia con el ganado.

Existen cuatro clases de Equinococus responsables de la enfermedad según la zona de aparición, siendo el Equinococus Granulosus el responsable principal de los cuadros de enfermedad en nuestro medio, pero se identifican como reponsables infrecuentes a los Equinicocus multiocularis, Equinococus Vogeli, Equinococus Oligarthrus.

1. INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad grave independientemente de su localización, pudiendo afectar a hígado, pulmón, peritoneo, pero se han identificado otras localizaciones primitivas mas infrecuentes en el bazo, en el riñón, en el corazón, en las mamas, en el páncreas, órbitarias, en los músculos, genitales, parótideas, en el tiroides, en el mediastino y en las serosas, en las cuales el parásito mantiene su estructura habitual. En cambio, la localización en el hueso y el encéfalo adquiere características morfológicas especiales, que pueden dificultar su diagnostico.

2. FISIOPATOGENIA y CICLO VITAL

El equinicocco requiere de dos mamíferos para completar su ciclo básico.El huésped definitivo es siempre un carnívoro, mientras que en el intermediario es un herbívoro. Los segmentos llamados proglótides grávidos o huevos libres pasan a la materia fecal del huésped intermediario donde se desarrolla el estado de metacestode. El ciclo es completado si un huésped carnívoro ingiere las vísceras enfermas del huésped intermediario. La infección en humano, se considera accidental.

2. FISIOPATOGENIA y CICLO VITAL

El huevo embrionario llega a la primera porción del intestino delgado del huésped definitivo/accidental, donde se libera la oncosfera, el cual con sus filamentos de la membrana externa se abre paso a través de la pared intestinal accediendo a los vasos sanguíneos tributarios de la vena porta. Una vez en la circulación, el embrión es transportado pasivamente hasta el hígado que actúa como primer filtro; si lo franquea, llega a través de las venas suprahepáticas y de la vena cava hasta el corazón derecho y desde éste pasa a los pulmones por la arteria pulmonar.

2. FISIOPATOGENIA y CICLO VITAL

El hígado y los pulmones constituyen los órganos en los cuales, con más frecuencia, se desarrolla la larva del E. granulosus en sus huéspedes intermediarios. Excepcionalmente el embrión puede llegar al corazón izquierdo y, por la circulación general, ubicarse en otras vísceras o tejidos, dando lugar a localizaciones atípicas de la enfermedad.

El desarrollo de la hidátide es lento; al cabo de cinco meses mide alrededor de 0,5 cm de diámetro y crece, más o menos, un milímetro por mes. A su alrededor, el órgano parasitario reacciona formándole una envoltura de tejido conjuntivo, llamada adventicia. La hidátide unida a la reacción adventicial vecina constituye el quiste hidatídico.

3. CLÍNICA

La sintomatología del quiste hidatídico se origina, bien por fenómenos mecánicos de compresión de las estructuras adyacentes, bien por complicaciones del quiste que produzcan la liberación de sustancias del quiste al huésped que provocan reacciones inflamatorias mediadas inmunogenicamente.

La mayor o menor intensidad de los síntomas va a depender en gran medida del órgano afectado y sobre todo de la ubicación del quiste. La sintomatología no es típica y puede ser semejante a la de cualquier tumoración dependiendo del órgano afectado

3. CLÍNICA

En esta enfermedad el paciente se puede sensibilizar por medio de la liberación al torrente sanguíneo de pequeñas cantidades de material hidatídico pudiendo presentar crisis urticariales repetidas y frecuentes. Este signo tiene cierto valor clínico y debe buscarse en personas procedentes de zonas endémicas.

Cuando la hidatidosis asienta en el hígado, Los quistes hepáticos evolucionan silenciosamente antes de dar una sintomatología clínica precisa. Pueden manifestarse como tumoración palpable e indolora, dolor de tipo cólico con irradiación al hombro derecho, sensación de peso en el hipocondrio derecho y en el epigastrio, intolerancia a los alimentos grasos, distensión abdominal y, por último, urticaria, síntoma común a cualquier localización.

3. CLÍNICA

La ubicación más frecuente es en el lóbulo derecho, hacia la convexidad. Los quistes pueden localizarse en la porción central, en la cara superior, en la cara inferior o en borde anterior. Estos dos últimos, de forma espontánea o por algún traumatismo o esfuerzo, pueden romperse y derramar su contenido en la cavidad peritoneal originando shock anafiláctico en los casos mas graves por la reacción inmunológica masiva contra el contenido quístico, o en los casos de fugas mas contenidas a una hidatidosis secundaria.

La hidatidosis hepática suele complicarse debido a la supuración, la que se debe a la penetración de gérmenes desde la vía biliar, puesto que en el 90% de los casos existen comunicaciones del quiste con la vía biliar.

3. CLÍNICA

Puede llegar a reabsorberse el líquido de la hidátide y degenerar su membrana, produciéndose una calcificación parcial o total del quiste, siendo su calcificación total signo de una total curación de la enfermedad.

En el pulmón el quiste suele ser único y asienta sobre todo en la base del pulmón derecho. La localización pulmonar evoluciona más rápidamente que la hepática. Precozmente se produce una apertura hacia los bronquios o hacia los vasos pulmonares, que carecen de un tejido conjuntivo denso como los del hígado, y eso explica la evolución rápida hacia la infección o la hemorragia. Al romperse el quiste hidatídico en los bronquios, se puede eliminar mediante la tos, pasando a denominarse vómica.

4. DIAGNÓSTICO

La principal arma para el diagnostico de la enfermedad es la sospecha clínica fundamentada en los signos urticariales y un antecedente epidemiológico coincidente.

Analíticamente no vamos a encontrar alteraciones en las pruebas hematológicas de rutina, siendo mas fiable para el diagnostico en términos de rentabilidad diagnosticas las pruebas de imagen mediante la identificación del quiste.

4. DIAGNÓSTICO

Radiológicamente, mas específicamente en la radiología convencional, podemos encontrar distintos signos que pueden orientarnos a pensar en una hidatidosis como son, el Signo de la neumoperiquística: cuando entra aire entre la cutícula y adventicia; el Signo del doble arco: cuando penetra aire entre la cutícula y la germinativa también; y el Signo de la bola de billar, cuando la calcificación del quiste es completa.

4. DIAGNÓSTICO

Dada la heterogeneidad de las lesiones, en 1981, el Dr. Gharbi propuso una clasificación de las lesiones ecográficas atendiendo al siguiente esquema :

- Gharbi tipo 1: Lesión quística unica anecóica con signo de la doble linea.
- Gharbi tipo 2: Quiste con membranas desprendidas.
- Gharbi tipo 3: Quiste multiseptado, en panal de abeja o como roseta.
- Gharbi tipo 4: Quiste de contenido heterogeneo hipoecóico/hiperecóico.
- Gharbi tipo 5: Lesión solida de paredes calcificadas.

4. DIAGNÓSTICO

Aunque el diagnóstico por imágenes tiene mayor sensibilidad global y aporta más datos, el diagnostico inmunológico es de utilidad en los casos donde se trate de descartar patologías tumorales y o lesiones quísticas de diversa índole.

A pesar de que se siguen empleando numerosas técnicas para el diagnóstico y control de la hidatidosis, la persistencia de las positividad y la poca variación del titulo de anticuerpos, hacen que ninguna de ellas individualmente sea satisfactoria. Es por ello que se usan combinaciones de 2 o más test, uno sensible como ELISA o el inmunoanalisis, con otro test de confirmación como la inmunoelectroforesis ARCO 5.

5. TRATAMIENTO

La consideración principal del tratamiento de la hidatidosis con independencia de la localización, es el abordaje quirúrgico optimo, evitando al máximo la salida del contenido quístico a ninguna cavidad para evitar la diseminación de la enfermedad y en los casos mas graves el shock anafiláctico.

Ante el tratamiento quirúrgico convencional se han desarrollado varias técnicas menos invasivas, o incluso técnicas percutáneas como el PAIR que consiste en la aspiración percutánea de parte del contenido del quiste, y la posterior instilación de un agente escolicida para posteriormente reaspirar el contenido del quiste.

5. TRATAMIENTO

Añadido al tratamiento quirúrgico, nunca como única opción, se puede utilizar el Albendazol 10 mg/kg/día durante 3 meses para completar el tratamiento erradicador del equinococo en el portador accidental. En algunos estudios se ha propuesto, que el tratamiento únicamente con albendazol podría proponerse a paciente sin criterios claros para la cirugía con quistes únicos hepáticos.

6. PROFILAXIS

La gran asignatura pendiente de los países con alta prevalencia de la enfermedad pasa por la educación sanitaria evitando comer carne cruda de procedencia incierta, el tratamiento de los huéspedes intermediarios destinados al consumo humano, así como el control de estos en los mataderos..

7. CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 29 años, norteafricano, trabajador agrícola, que acude para valoración de dolor abdominal difuso. Destacando a la exploración física masas palpables en hipogastrio y flanco izquierdo no dolorosas a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza ecografía en la que se confirma la presencia de masas, una adyacente a polo superior del riñón derecho de 12x11 cm, heterogénea, moderadamente isoecóica con el hígado sin poder definir etiología. Se identifica otra gran masa quística mulilocullada en pelvis de 17x10x14 cm que parece estar en comunicación con otra masa de las mismas características en flanco izquierdo de 9x6.5 cm.

7. CASO CLÍNICO

Ante la estabilidad clínica del paciente, se completa estudio de hidatidosis, presentando serología de hidatidosis positiva 1/2560. Se realiza valoración por parte de cirugía, solicitando tomografía computerizada previa a la intervención quirúrgica, en el que se describen las masas conocidas como compatibles con hidatidosis peritoneal.

Se realiza intervención quirúrgica programada con exéresis parcial del epiplón mayor, quistectomía total de los tres quistes identificados tras las instilación de suero hipersalino y vaciado. El paciente evoluciona de forma favorable tras la intervención quirúrgica y la toma de Albendazol.

BIBLIOGRAFÍA

1) T Junghans. "Clinical Management of Cystic Echinococcosis: State of the Art, Problems and Perspective". Am J Trop Med Hyg, 79 (3). 2008, pp. 301-311.
2) McManus DP, Gray DJ, Zhang W, Yang Y. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis. BMJ. 2012 Jun 11;344:e3866
3) Brunetti E, White AC Jr. Cestode infestations: hydatid disease and cysticercosis. Infect Dis Clin North Am. 2012 Jun;26(2):421-35.
4) Nunnari G, Pinzone MR, Gruttadauria S, Celesia BM, Madeddu G, Malaguarnera G, Pavone P, Cappellani A, Cacopardo B. Hepatic echinococcosis: clinical and therapeutic aspects. World J Gastroenterol. 2012 Apr 7;18(13):1448-58.

TEMA 38. INFECTIVIDAD Y EXPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD CREUTZFELDT-JACOB (ECJ)

PATRICIA CARRILLO GUTIÉRREZ
JULIA MARÍA BLANCO MARTÍN
MARTA GONZÁLEZ DE LA PARRA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS / MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
  - TIPOS DE ECJ
  - TEJIDOS SEGÚN SU INFECTIVIDAD
  - INFECTIVIDAD DE LA SANGRE Y DEL LCR
  - VÍA DE EXPOSICIÓN
  - EXPOSICIÓN VÍA AÉREA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Creutzfeldt- Jacob es la enfermedad más común producida por priones.

Los priones son proteínas plegadas de forma anómala en su estructura terciaria y carecen de ácidos nucleicos.

OBJETIVOS:

Concienciar sobre las características y vías de exposición de la ECJ y lo mucho que queda por descubrir sobre dicha encefalopatía para poder así minimizar el riesgo de contagio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en le Guía Creutzfeldt-Jacob y otras EETH del ministerio de Sanidad y diferentes estudios de investigación mencionados al final en el apartado Bibliografía

TIPOS DE ECJ:

1- **ECJ Esporádico**: el 80-90% son casos esporádicos y son de origen desconocido.

2- **ECJ Yatrogénico o Adquirido**: se dan en trasplantes de córnea, procedimientos neuroquirúrgicos, implantes de duramadre de cadáver liofilizada y terapia con hormona de crecimiento o gonadotrofina obtenida de hipófisis de cadáveres

3- **ECJ Familiar**: entre un 5-15% con herencia autosómica dominante en el cromosoma 20.

4- **Variante ECJ**: es la manifestación humana de la Encefalopatía Espongiforme Bovina por ingerir alimentos procedentes de animales infectados.

TEJIDOS SEGÚN SU INFECTIVIDAD:

1- Tejidos de infectividad no detectable:

No se ha encontrado infectividad en corazón, músculo esquelético, nervios periféricos, tejido adiposo, tejido gingival, suprarrenal, tiroides, próstata, intestinos, testículo.

En secreciones corporales o excreciones: orina, heces, saliva, secreción mucosa, semen, leche, lágrimas, sudor, exudado seroso.

2- Tejidos de baja infectividad:

Pulmón, hígado, riñón, bazo, ganglios linfáticos, placenta.

3- Tejidos potencialmente infecciosos:

Sistema nervioso central, especialmente el cerebro, la médula espinal y el ojo.

INFECTIVIDAD DE LA SANGRE Y EL LCR:

La transmisión de la ECJ por productos sanguíneos no está demostrada, con lo cual para evitar este riesgo la OMS y la Comunidad Europea recomiendan eliminar de la lista de donantes de sangre, tejidos y órganos a enfermos ECJ o con algún caso con historia familiar, así como quiénes recibieron implantes de duramadre o de córnea u hormonas hipofisiarias de origen humano.

El LCR es considerado de baja infectividad pero debido a su procedencia del SNC debe ser incluido como potencialmente infeccioso.

VÍA DE EXPOSICIÓN:

La exposición con piel intacta o membranas mucosas (excepto ojo) tiene un riesgo mínimo aunque un estudio de la Escuela de Medicina de la Universidad ‘Case Western Reserve’ en Estados Unidos y publicado en Science Translational Medicine demuestra que los enfermes de ECJ albergan priones infecciosos en su piel, aunque a niveles más bajos.

El estudio revela que no sólo hay riesgo de contagio en cirugías, sino que también es probable en biopsias de piel o autopsias.

El contacto con piel o membranas mucosas no intactas, salpicaduras en los ojos o inoculaciones con cualquier instrumento cortante o punzante suponen un riesgo mayor.

Las exposiciones a SNC implican un riesgo importante.

TRANSMISIÓN VÍA AÉREA:

Un estudio de Científicos de la Universidad de Zúrich (Suiza) y del Instituto de Inmunología Friedrich Loeffler de Tubinga (Alemania) demuestran exponiendo ratones frente a aerosoles priónicos, que estos se transmiten por el aire, por lo tanto es necesaria una protección respiratoria.

CONCLUSIONES:

Pese al avance en el conocimiento de los priones y de sus vías de transmisión e infectividad aún queda mucho por descubrir, como cuál es su origen o a que se debe la ECJ esporádica.

Otra preocupación sin duda son los casos de ciervos infectados por priones en el norte de Europa y camellos en Argelia, provocando un salto de especie. Ya no sólo está involucrado el ganado bovino.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad [actualizado en Julio del 2003]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/GuiaECJ.pdf
- La voz de Galicia [actualizado en Mayo de 2018]. Disponible en: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2018/05/24/vacas-locas-ciervos-camellos-locos/0003_201805G24P27992.htm
- Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo [actualizado en Enero 2011]. Disponible en: https://cordis.europa.eu/news/rcn/32960_es.html
- Microbiología y Salud [actualizado en Noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.microbiologiaysalud.org/noticias/priones-en-la-piel-de-enfermos-con-enfermedad-de-creutzfeldt-jakob/

TEMA 39. INFLUENCIA DE LA DEMENCIA EN LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**
- **CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS**
- **DIFERENCIAS ENTRE TIPOS DE DEMENCIA**
- **CONCLUSIÓN**
- **OPINIÓN PERSONAL**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente dos terceras partes de las personas que padecen una demencia van a manifestar una, o más, alteraciones conductuales en algún momento de la enfermedad.

Teniendo esto en cuenta, y que el hecho de padecer una demencia no implica la desaparición del deseo y las necesidades sexuales (Davies et al., 1992),es lógico pensar que, en algunos casos, estas alteraciones afecten al comportamiento sexual.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Definir la relación entre demencia y conductas sexualmente desinhibidas.
- Relacionar la enfermedad de Alzheimer con otro tipo de demencia en las conductas sexuales.

CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS

Clasificación según De Medeiros et al. (2008) de las conductas sexualmente inapropiadas, en la que distinguen entre dos conductas, una de búsqueda de intimidad sexual y otra de conductas sexualmente desinhibidas.

Las primeras harían referencia a conductas de cortejo o afectivas dirigidas hacia personas equivocadas, por ejemplo, intentar besar o tocar a una cuidadora tras confundirla con la propia pareja. Las segundas serían comportamientos impulsivos, indiscriminados e invasivos, marcados por la aparente pérdida de control.

DIFERENCIAS ENTRE TIPOS DE DEMENCIA

Según un estudio de De Medeiros et al. se detectó que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer mostraron exclusivamente conductas de búsqueda de intimidad sexual, mientras que los que padecían una demencia de tipo vascular, frontotemporal o de Parkinson tendían a mostrar en mayor medida conductas sexualmente desinhibidas.

Ballard E. sostiene que “la confusión, la agitación, la angustia y el miedo que sienten por considerarse perdidos o sin control de su realidad, suele llevarlos a demandas de afecto. Aferrándose a los otros, tocándoles, besando o masturbándose en público puede significar un comportamiento más familiar y conocido, es decir, buscan seguridad y apoyo”.

CONCLUSIÓN

Desde el punto de vista asistencial debemos preguntarnos y cuestionarnos hasta qué punto la perdida de capacidades cognitivas debe llevarnos a limitar o censurar necesidades y deseos tan básicos en el ser humano como la propia sexualidad, quizás por desconocimiento o por perjuicios adquiridos.

Este tipo de alteraciones puede presentar muchas dificultades de manejo, con una repercusión directa en la sobrecarga del cuidador, tanto familiar como profesional. Haciéndose necesarios programas específicos de intervención para este tipo de problemas.

OPINIÓN PERSONAL

Debería existir más información y más estudios, para dar respuestas a este tema, que abarca al paciente, a la familia y al personal sanitario.

Consiguiendo que se pierda el miedo a hablar sobre sexualidad con un mayor conocimiento y claridad, de forma particular en pacientes con demencia que son los más vulnerables frente a situaciones de abusos y violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- FABÀ, Josep; VILLAR, Feliciano. Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): Qué sabemos y qué necesitamos saber. Revista Kairós: Gerontología, 2011, vol. 14, p. 25-47.
- HERRERA, P., et al. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2003, vol. 68, no 2, p. 150-162.
- IACUB, Ricardo; RODRÍGUEZ, Rosa. El erotismo de las personas con demencias en las residencias para adultos mayores.
- CARRASCO, Manuel Martín. Trastornos de la conducta sexual en la enfermedad de Alzheimer.
- MUÑOZ, Patricia Pastor, et al. Abordaje sexológico del paciente con Alzheimer. Investigación en salud y envejecimiento Volumen II, 2015, p. 153.

TEMA 40. SATISFACCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y DEMANDAS DE MEJORA EN EL COLECTIVO ATENDIDO CON UNA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

MARIO PARREÑO JAREÑO

INMACULADA CARCELÉN RODENAS

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA
5. BIBLIORAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

El alcohol etílico (C_2H_5OH) es una sustancia muy hidrosoluble, incolora, volátil e inflamable. Es una molécula pequeña y poco polar, pertenece químicamente al grupo de alcoholes alifáticos de cadena corta y por tanto interacciona fácilmente con grupos polares y no polares de componentes de la membrana, lo que explica su gran capacidad de difusión en medio acuoso y lipídico (es treinta veces más hidrosoluble que liposoluble). Dicha justificación pone de manifiesto la facilidad que tiene para atravesar la barrera hematoencefálica y en caso de gestantes, también la placentaria. Sin embargo, su eliminación es muy lenta y debe ser eliminado porque no puede ser acumulado para eliminarse posteriormente, su acumulación de forma gradual y excesiva tiene como resultado alteraciones multiorgánicas y en caso de consumo crónico daños irreversibles.

El alcohol lo podemos clasificar como un tóxico y una droga ya que ambas definiciones completan su concepto y sus efectos. Hablamos de tóxico porque es un agente capaz de producir en el organismo un efecto nocivo, provocando consecuencias tanto a corto como a largo plazo.

Por otro lado hablamos del concepto droga, ya que es una sustancia que introducida en nuestro organismo actúa sobre el sistema nervioso (deprimiéndolo), causando alteraciones tanto psicológicas como físicas que influyen en un cambio de comportamiento de la persona. En cuanto a su efecto, tiene acción psicótropa, con acción reforzante positiva, atenúa los estados de excitación emotiva o motriz. Dicha sustancia produce efectos de tolerancia, dependencia y abstinencia.

Las características de estos tres efectos son:

- **La dependencia** es el deseo de continuar con la ingesta de dicha sustancia ya que le proporciona placer, disminución de la sensación de malestar o para resolver situaciones de tensión. Realmente hablamos de una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal.
- **La tolerancia** es la capacidad de consumir una cantidad notablemente superior con el fin de obtener el efecto deseado, es decir, se aumenta la dosis de ingesta para la obtención del mismo efecto.
- **El síndrome de abstinencia** ocasiona efectos físicos y psicológicos desagradables resultantes de la interrupción brusca de la ingesta de alcohol total o relativo en un sujeto con dependencia de dicha sustancia. La intensidad de dicho cuadro depende de la dependencia del alcohol, de la dosis diaria ingerida y de que el cese de la ingestión se realice de manera brusca o paulatina

Se divide en:

- **Abstinencia leve**. Comienza a las 6-8horas de la supresión de la ingesta y se autolimita en 48 horas. Se caracteriza por temblor ansiedad, irritabilidad, insomnio, náuseas y vómitos.
- **Alucinosis alcohólica aguda**. Comienza a las 24 horas de la privación de la ingesta alcohólica. Es un trastorno en el que predominan las alucinaciones auditivas, no existiendo alteración del estado de conciencia.
- **Crisis convulsivas**. Aparecen entre las 7-48 horas de la supresión de la ingesta alcohólica.
- **Delirium tremens**. Es una auténtica emergencia médica que origina sin tratamiento una mortalidad del 15%, se desarrolla entre las 48-96 horas posteriores del cese de la ingesta de alcohol y se caracteriza por confusión, desorientación, alucinaciones visuales, nauseas, vómitos, fiebre, taquicardia y sudoración.

La OMS la define alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino tiene 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza unos 15 gramos). El alcoholismo, como cualquier otra patología parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Esta ingesta masiva de alcohol condicionante de la vida del individuo afectado repercute de forma negativa en todos los aspectos de su vida, produciendo un rechazo social significativo. Hoy en día, la mejor aplicación del tratamiento más efectivo es el abandono radical y completo del mismo. En la aparición de esta patología es importante la edad de inicio de consumo de alcohol, ya que la probabilidad aumenta en inicios a edades más tempranas.

Para paliar esta enfermedad han surgido los grupos de ayuda mutua (GAM), cuyo objetivo es facilitar la rehabilitación de los alcohólicos de la forma más amplia posible, asesorando también a los familiares. En ellos, los propios alcohólicos son quienes se ocupan de la exigencia y compromisos de la abstinencia, la reconciliación con la familia y el reencuentro con sus amigos.

Por todo lo anterior, me parece relevante identificar cuáles son las demandas de salud de los grupos de alcohólicos, para una posterior y adecuada planificación sanitaria, así como la realización de intervenciones de educación para la salud en dicho colectivo. Con este trabajo de investigación se pretende conocer las demandas de salud de los alcohólicos rehabilitados.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es conocer las demandas de salud del colectivo de alcohólicos rehabilitados y en proceso de rehabilitación. Este objetivo general se pretende conseguir a partir de la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la opinión de los alcohólicos rehabilitados y en proceso de rehabilitación sobre la atención del personal sanitario.
- Determinar el grado de satisfacción del grupo de alcohólicos rehabilitados y en proceso de rehabilitación hacia la atención sanitaria.
- Determinar el grado de satisfacción del grupo de alcohólicos rehabilitados y en proceso de rehabilitación con la información aportada por el personal sanitario
- Valorar la calidad de la ayuda que le aporta el personal sanitario.

3. METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio**: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará un cuestionario de preguntas cerradas (CRD).
- **Ámbito:** Asociación de alcohólicos rehabilitados de la Roda y Comarca (ARCO).
- **Población y muestra**: Usuarios pertenecientes de manera activa en la asociación ARCO. El muestreo es no probabilístico entre aquellos participantes que estén dentro del periodo en que se realice el estudio, que comprenderá tres meses naturales. La muestra total ascenderá a 40 participantes.
- **Criterios de inclusión**: Alcohólicos pertenecientes a dicha asociación y que se encuentran tanto en proceso de rehabilitación, como rehabilitados de forma completa. La recogida de datos se realizará por los miembros de la asociación en una de sus reuniones semanales.

- **Criterios de exclusión**: Alcohólicos pertenecientes a dicha asociación y que se encuentran tanto en proceso de rehabilitación, como rehabilitados de forma completa que no deseen formar parte del estudio.

- **Consideraciones éticas**: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se llevará a cabo con el consentimiento informado de todos los participantes. El proyecto se presentará ante el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).
- **Limitaciones:** .
  - Usuarios que abandonen el estudio.
  - No se puede asegurar el seguimiento de los participantes. Futuros estudios podrían prever qué hacer con las pérdidas y como tratarlas en el análisis.

- **Fuente de información**:

La recopilación de la información será realizada mediante un cuaderno de recogida de datos (CRD) de elaboración propia adaptado a la comprensión de los usuarios mediante un pretexto. Previamente se realizará un pilotaje para valorar su entendimiento.

El CRD consta de variables sociodemográficas y 9 ítems tipo Likert, valorando los mismos con una puntuación que engloba desde el uno, con la categoría "nunca", al cinco, con la categoría "siempre".

Análisis estadístico: Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizará también un análisis bivariante, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p<0,05$.

4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLINICA

En los alcohólicos el conocimiento sobre su enfermedad juega un papel importante en el día a día , ya que el alcohol ocasiona un stress patológico que aumenta sus demandas y fomenta la inseguridad. Por ello, con los datos obtenidos en este estudio se podrá reflexionar sobre la posible necesidad de ampliar la acción formativa en el colectivo atendido por una dependencia alcohólica.

Por otro lado, los resultados aportarían información para el desarrollo de planes estratégicos, obteniendo así múltiples beneficios tanto para el colectivo atendido por una dependencia alcohólica como para los profesionales que de manera activa buscan una mejora en la calidad asistencial durante su ejercicio profesional

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Guerri C. Adicción al alcohol. SEBBM.2012; 22-25.
2. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. Adicciones. 2002;14:43-61.
3. Izquierdo M. Intoxicación alcohólica aguda. Adicciones. 2002;14:175-193.
4. Ochoa Mangado Enriqueta, Madoz-Gúrpide Agustín, Vicente Muelas Natividad. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Medicina y seguridad en el trabajo;55(214):26-40.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003
5. 5. Guía sobre drogas 2007. Plan nacional sobre drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en : http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf.

6. Glosario de términos de alcohol y drogas. WorldHealthOrganization. Ministerio de Sanidad y Consumo;2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf.
7. L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez.Compendio de medicina de urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
8. L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez. Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004.
9. Aragon C, Miquel M, Correa M, Sanchis-Segura C. Alcohol y metabolismo humano. Adicciones. 2002;14:23-42.
10. Feduchi E, Blasco I, Romero CS, Yáñez E. Conceptos esenciales. Barcelona: Panamericana; 2010.

11. McKee T, McKee JR. Bioquimica. Las bases moleculares de la vida. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2009.

12. Bolet M, Socarrás M. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev. Cubana Investigación Biomédica. Ciudad de La Habana. Enero-Marzo 2003;22.

13. Rivera J. Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. Revista de antropología experimental. 2005;5:1-11.

14. Nota descriptiva N°349 del alcohol 2011. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es.

15. Informe 2011 del observatorio español de la droga y toxicomanías. Plan nacional sobre drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf

16. Informe de resultados del estudio sociológico “juventud y alcohol”. Fundación Pfizer. Disponible en: https://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/Foro_Debate/Estudio_Juventud_Alcohol.pdf

TEMA 41. SEGURIDAD AMBIENTAL EN EL MANEJO DEL METOTREXATO

Mª REYES BARRERA RODRÍGUEZ

ELOISA CALDUCH CATROFE

ANA FERNÁNDEZ HUERTAS

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. OBJETIVOS
- 3. METODOLOGÍA
- 4. RESULTADOS
- 5. CONCLUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El metotrexato es un fármaco citotóxico usado para tratar la psoriasis grave, artritis reumatoide, alguno tipos de cáncer incluyendo linfomas y leucemias. Su actuación consiste en retardar el crecimiento de las células cancerosas o al disminuir el sistema inmunitario, cómo en el caso de la artritis.

El manejo inadecuado del producto por los profesionales y la eliminación incorrecta de los productos citotóxico, afectan directamente al paciente y profesional, además de al medio ambiente contaminándolo. Así mismo es posible afectar a otras personas por los aerosoles del producto.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:
Conocer la actuación segura de enfermería ante el metotrexato.

Objetivo específico:
Definir la administración segura del metotrexato.
Conocer la eliminación segura del metotrexato.
Determinar los pasos a seguir ante derrame de metotrexato.

3. METODOLOGÍA

Se revisa los protocolos existentes en España sobre la administración, manejo y eliminación segura del metotrexato. Se encuentran 7 protocolos, pero se descartan 2 por tener más de 15 años.

4. RESULTADOS

En la administración segura del metotrexato es necesario el siguiente material: guantes y bata de baja permeabilidad. Una vez localizado el material, registraremos en la historia de salud del paciente la medicación, dosis y lugar de administración del medicamento. Posteriormente, verificaremos lo anterior, nos lavaremos las manos y nos colocaremos el material necesario.

La medicación debe de venir precargada en unidosis a la que se le colocará aguja y se administrará sin purgar está para evitar formación de aerosoles. La administración debe ser de todo el contenido evitando derrames. Después se procederá a tirar la aguja y jeringa, sin separar en ningún caso, en el contenedor rojo de citostáticos.

Si se produjera un derrame del citostáticos es necesario el siguiente material: bata desechable impermeable, doble guante, mascarilla de protección respiratoria con filtro, gafas de protección, material absorbente, gorro y calzas. Además de material de limpieza que se desechará también en contenedor de citostáticos.

Hay que diferenciar dos actuaciones: sobre la persona y sobre el medio. Si la contaminación es sobre una persona procederemos a evaluar si ha tocado o no la piel. En caso de que solo tocara la ropa se sustituiría esta inmediatamente y se eliminaría en el contenedor de citostáticos (rojo). En cambio, cuando toque piel se lavará con abundante agua durante al menos 10-15 minutos y se avisará a la Unidad de Riesgos Laborales.

Cuando la contaminación es sobre el medio se pondrá inmediatamente paños de celulosa para evitar aerosoles tóxicos. Después nos pondremos el material anteriormente citado y limpiaremos la zona. El procedimiento será usar los absorbentes para quitar el líquido, quitar cristales con escoba y limpiar superficie de menos a más contaminada, al menos tres veces, con desinfectante y agua. Todo el material se eliminará en el contenedor de citotóxicos, incluido el material de limpieza.

La sala deberá ventilarse durante una o dos horas después de cada administración de metotrexato.

5. CONCLUSIÓN

Es esencial que el personal de enfermería conozca la administración segura del metotrexato y su correcta eliminación para evitar daños a la salud propia, de las personas y del medio ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz S, Gascón JA. Procedimiento Operativo Estandarizado: Administración de Metotrexato. UGC Santa Rosa. DS. Córdoba y Guadalquivir. 2018.
- Dávila Guerrero J, Serrano Mora A. Procedimiento y normas seguras para la administración de Metotrexato en Atención Primaria. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. 2017
- Flores Cerdán P. Recomendaciones para mejorar la seguridad en la utilización de metotrexato con jeringas precargadas en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. 2009

BIBLIOGRAFÍA

- Martín García JJ, Guerrero Fonseca J. Protocolo para el manejo del metotrexato en Atención Primaria. Servicio de Salud de Catilla-La Mancha. 2007
- Normas de PRL en la manipulación de metotrexato precargado vía subcutánea en centros de Atención Primaria del SMS. Sistema Murciano de Salud. 2017.

TEMA 42. RIESGO BIOLÓGICO CON SANGRE CONTAMINADA Y SEGURIDAD DEL PERSONAL ANTE ACCIDENTES PROFESIONALES SANITARIOS

VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN

Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

ÍNDICE

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

EXÁMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Hombre 60 años, entrada por urgencias con diagnóstico de traumatismo craneal y cervical por precipitación accidental desde unas escalares (3-4 metros) a urgencias consciente, aparentemente orientada y con alguna agitación inicial, Glasgow 9-11, taquicardia y restantes constantes estables. A los diez minutos comienza con postura a agresiva y conversación incomprensible y movimientos descoordinados de brazos. Muy agitado, se exterioriza vía periférica y mancha al personal sanitario durante la continencia física tanto en piel como en mucosas. Iniciado protocolo de seguridad de riesgos laborales por posible contaminación con producto biológico en personal sanitario. Inmovilizado físicamente y con sedación intravenosa.

DESCRIPTORES: riesgos biológicos, sangre, seguridad, ambiente hospitalario, accidentes profesionales, sanitarios

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA
Peso: 80 kg, TA: 180/100 mmHg, FC: 140 rpm, Tª: 38ºC.

Muy agresivo y descontrolado, se le administra clorpromazina en bolo intravenoso y perfusión de midazolam continua intravenosa. Se le inicia valoración física completa, a la palpación abdominal sin incidencias. En cabeza observamos hematoma parietal izquierdo sin presencia de sangre ni fractura craneal visible. Se queja de dolor en cuello, mantiene collarín cervical hasta conocer resultados de los exámenes.

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica completa de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, virología, serología).
- Analítica de orina (anormales, sedimentos y tóxicos). Tras valoración de resultados de laboratorio se confirma virus de inmunodeficiencia adquirido y hepatitis B, con orina positiva a benzodiacepinas y otros.
- Radiografía craneal y cervical.
- Tomografía axial computerizada craneoencefálica y de cuello.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO

✓Traumatismo craneoencefálico

✓Hemorragia cerebral

✓Shock hemorrágico

✓Fractura vértebra cervical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Accidente cerebrovascular agudo secundario a a precipitación accidental con fractura de 5º vértebra cervical.

CONCLUSIÓN

Inmediatamente después de iniciar el protocolo de seguridad de riesgos biológicos por inoculación percutánea y contacto con mucosas durante el desarrollo de actividades laborales

1. Información inmediata de la exposición al responsable inmediato y al Servicio de Prevención (Servicio de Urgencias)
2. Se realiza analítica completa sangre y orina urgente (incluyendo tóxicos) y anamnesis del personal sanitario.
3. Iniciar tratamiento antirretroviral y firma del "documento de consentimiento informado para profilaxis postexposición frente al VIH" y profilaxis frente al virus de la hepatitis B (vacunación).
4. Atención asistencial y psicológica si precisa. Registro de la exposición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Ruiz Cristina, Torres Salinas Miquel, Red Bellvis Gloria de la, Msabri Nada, Niño Aragón Esther, Sobrino Martínez Javier. Incidencia de exposiciones accidentales a sangre y fluidos biológicos en el personal sanitario de un hospital comarcal. Gac Sanit [Internet]. 2017 Dic ; 31(6): 505-510. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000600505&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.008.
2. Padrón Vega Yoel, Moreno Pérez Sonia de las Nieves, Márquez Ferrer Alejandro, González Valdés Laura Margarita, Pérez Hernández Fabián. Accidentalidad laboral en expuestos a riesgos biológicos en instituciones de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Abr; 21(2): 52-59. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200008&lng=es.

TEMA 43. ANTÍGENO DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS) POSITIVO EN NEONATO CON BRONQUIOLITIS AGUDA

MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ

MARTA GALLARDO BENASACH

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 29 días de vida, lactancia artificial. Remitida al hospital por su pediatra, por dificultad respiratoria de unas horas de evolución que empeora rápidamente. Llega a urgencias pediátricas por el dispositivo de emergencias domiciliares 061 por sospecha de bronquiolitis con desaturación de oxígeno hasta 88% y mal estado general. Colocada oxigenoterapia por gafas nasales a 1 l.p.m. desde domicilio. Taquicárdica, taquipneica, tos y secreciones nasales claras y abundantes. Antecedentes perinatales: prematura de 37 semanas de gestación, tras embarazo controlado y de curso normal. Nace mediante parto eutócico con peso de 2.030 kg, no precisa reanimación en paritorio Apgar 1´: 9, Apgar 5´: 10. Ambiente endémico familiar (conviviendo con tío 20 meses de edad con CVA).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 3. 140 kg. Temperatura: 37.5ºC. Saturación O2: 89-94%, Frecuencia cardíaca: 162 l.p.m. Frecuencia respiratoria: 50-60 rpm. Estado general regular. Aspecto nutrido, aunque deshidratado (piel y mucosas secas, piel descamativa). Rechaza la comida desde hace tres días según los padres. Pálida, hipotónica e irritada por momentos. Auscultación pulmonar presenta sibilancias y ruidos respiratorios compatibles con abundantes secreciones y trabajo respiratorio, tos, taquipnea y moderado tiraje costal-xifoideo. Abdomen blando, depresible, indoloro, sin masas ni megalias. SNC: reactivo, no signos de focalidad neurológica. No exantemas ni petequias. ORL normal.

Analítica sangre (hemograma, bioquímica y hemocultivo) presentando PCR elevada. Pulsioximetría continua. Lavado nasal positivo al antígeno de virus respiratorio sincitial y negativo al antígeno de gripe A y gripe B. Realizada radiografía torácica, descartada neumonía (también descartada en análisis de orina).

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

- Lactante con infección respiratoria.
- Proceso vírico respiratorio.
- Gripe A o B.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Bronquiolitis aguda positiva a virus respiratorios Sincitial, negativa a gripe A, B y neumonía.

CONCLUSIONES

La lactante ingresa en la unidad de pediatría junto a sus padres con regular estado general. Rechaza la lactancia artificial, procediendo a su supervisión en cada toma y ponderando la posterior colocación de sonda nasogástrica para su alimentación. Canalizada vía periférica, comienza hidratación con sueroterapia intravenosa con iones. Mantiene oxigenoterapia por gafas nasales a 0.5 l.p.m. y lavados nasales con suero salino fisiológico cuando precisa. Inicia aerosolterapia con nebulizaciones de adrenalina y suero hipersalino al 3% cada 4 horas. Vigilancia exhaustiva de temperatura y pulsioximetría continua.

Pautado paracetamol intravenoso al inicio y posteriormente vía oral, cuando tolere. Prescrita fórmula de leche de inicio al 14% 120 ml c/3h, que va tolerando 80-90 ml cada 2 horas. Aislamiento de contacto y por gotas mientras dure la enfermedad. Mejora pasados cuatro días desde su ingreso, presentándose afebril, normocárdica, eupneica, leve tiraje costal y buenas saturaciones sin necesidad de oxígeno. Tolerancia positiva a dieta, gana peso (3.290 kg). Escasa expectoración y tos disminuida.

Se le explica varias veces, a padres y familiares, sobre las medidas de aislamiento y la necesidad de mantener un ambiente adecuado en domicilio para la lactante. Fomentar cuidados como lavado de manos, evitar visitas de familiares enfermos, control de ingesta… para favorecer la calidad de vida de la pequeña.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nteiman J. Diagnostic utility of BINAX NOW RSV- an evaluation of the diagnostic performance of BINAX NOW RSV in comparison with cell culture and inmunofluorescence. Ann Clin Antimicrob 2006, 5: 13
2. Muething S, Schoettker PJ, Gerhardt WE, Atherton HD, Britto MT, Kotagal UR. Decreasing overuse of therapies in the treatment of bronchiolitis by incorporating evidence at the point of care. J Pediatr 2004; 144: 703-10.
3. Aguilera Olmos R, Tosca Segura R, López Sánchez C, Modesto Alapont V, Tarazona I, Gil E, Illana F. Bronquiolitis en el primer mes de vida. Rev Esp Pediatr 2002; 58: 330-4.

TEMA 44. INSTRUMENTAL CLÍNICO EN CONSULTA DE HIGIENISTA DENTAL: RIESGOS DE PINCHAZOS Y CORTES

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

MARTA GALLARDO BENASACH

Mª JOSÉ ROCA SOLANA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El personal sanitario trabaja en consultas específicas como odontología, unidades de pequeñas cirugías ambulatorias, consultas de higiene dental…utilizan constantemente herramientas punzantes y cortantes, a su vez trabaja con muestras biológicas las cuales pueden estar contaminadas, infectadas por bacterias y virus en los que les puede producir una enfermedad contagiosa o mortal para la salud del trabajador.

Al manipular objetos cortantes y punzantes como pueden ser jeringas, instrumental quirúrgico, y material de cristal, el trabajador corre el riesgo de, cortarse ,hacerse heridas y pincharse.

En este caso, el higienista dental debe saber los riesgos que corre en su puesto de trabajo y a su vez tiene que evitar en la medida de lo posible, que sean evitados.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de esta búsqueda sistemática bibliográfica han sido:

- ❑ Prevenir los cortes y pinchazos en el personal sanitario.
- ❑ Utilizar el material adecuado para cada procedimiento.
- ❑ Depositar los utensilios cortantes en su contenedor correspondiente.
- ❑ Mantener la zona de trabajo limpia y ordenada.
- ❑ Promover el desarrollo de protocolos de actuación inmediatos ante este tipo de accidentes en consultas específicas anteriormente citadas.
- ❑ Favorecer un clima de seguridad y ergonomía dentro del ámbito sanitario.

METODOLOGÍA

Esta búsqueda sistemática bibliográfica ha encontrado 28 artículos en diferentes bases de datos, de los cuales nos hemos interesado por 9 artículos.

Hemos utilizado fuentes bibliográficas como Pubmed, Medlineplus, Scielo , Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet y guías clínicas de la SECPAL y la ACS.

Además hemos leído algunos artículos en revistas específicas relacionadas con profesionales de odontología e de higiene dental.

Nuestro periodo de estudio se ha centrado en los últimos cinco años.

Descriptores: “INSTRUMENTAL CLÍNICO”, “HIGIENISTA DENTAL”, “SEGURIDAD”, “RIESGOS LABORALES”.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Es muy importante que el profesional sanitario, mantengan una buena higiene a la hora de realizar su tarea, así como tener el puesto de trabajo ordenado, él debe estar centrado en su trabajo y además utilizar las herramientas adecuadas en cada momento, depositando los objetos punzantes y cortantes en los contenedores adecuados, tener cuidado a la hora de limpiar el material y los materiales que no sean reutilizables desecharlos en los contenedores adecuados , para todo ello el personal sanitario debe tener formación para la correcta utilización de estos instrumentos y utensilios.

La prevención es primordial en este colectivo sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza Samaniego, CE.,Espín Ortiz,FF. Plan estratégico en talento humano enfocado en seguridad y salud laboral en empresa odontológica ecuatoriana. Jun-2017. http://repositorio.uees.edu.ec/123456789/1240https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606409
2. Morán, W., Fernández de D'Pool, J. Posturas ergonómicas adoptadas por profesionales de la odontología. Investigación Social en Salud Revista Científica de la Secretaría de Salud del Estado Zulia. Vol. 2 (2): 135 - 149, mayo-agosto 2014. ISSN 2343-6182 / Depósito legal pp 201302ZU4421
3. Machado-Alba Jorge E, Cardona-Martínez Beatriz E, González-Arias Rosalba L. Adherencia al Protocolo de Manejo del Accidente Biológico en una Administradora de Riesgos Laborales de Colombia, 2012-2013. Cienc Trab. 2014 Ago; 16(50): 103-110.

TEMA 45.HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (HDFVVC) PARA TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN GRAVE POR VALPROATO DE SODIO

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

MARTA GALLARDO BENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Varón 54 años entra en estado grave por las puertas de urgencias a través del servicio de emergencias 112, acompañado por su madre. Fumador 2 paquetes de cigarrillos/día. AP: hipertensión arterial, alérgico al metamizol, cardiopatía isquémica leve, obesidad mórbida, seguido en psiquiatría por situación de manía aguda de evolución una semana. Trastorno bipolar controlado con medicación. Recibe tratamiento ambulatorio con sertralina, diazepam, Lorazepam, Warfarina, carduran, valsartan, omeprazol. Arreactivo a estímulos dolorosos, hipotonía marcada, hipotenso, hipotérmico. Escala de coma de Glasgow 4. La madre dice que faltan todos los comprimidos de dos cajas de valproato de sodio.

DESCRIPTORES: HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA, INTOXICACIÓN, VALPROATO DE SODIO, CUIDADOS INTENSIVOS

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

Piel fría y cianótica en extremidades. Hipotermia generalizada. Mantiene arreactividad a estímulos. Mantenimiento de hipotensión y bradicardia. Glasgow mantenido en 3 pese a inicio de drogas vasoactivas y administración de antídoto de benzodiacepinas. Comienza con depresión respiratoria por lo que se decide intubación con tubo orotraqueal tras sedación y curarización y su traslado a Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización, ventilación asistida y tratamiento con hemofiltración veno-venosa continua.

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica completa de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, hemocultivos, niveles de valproato-presenta valores superiores a 600 µg/ml) iones, función hepática y renal mantenidas.
- Analítica de orina (niveles de tóxicos, presentando elevados a benzodiacepinas).
- Gasometría arterial (acidosis metabólica ph 7,19).
- TAC craneoencefálico de urgencias.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO

- Intoxicación por benzodiacepinas.
- Tentativa de suicidio con valproato de sodio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

INTOXICACIÓN GRAVE POR VALPROATO DE SODIO INICIADA POR PRIMERA VEZ ANTE EPISODIO DE MANÍA AGUDA

CONCLUSIÓN

En la unidad de cuidados intensivos se inicia tratamiento con carbón activado 60 ml cada 4h, administración de carnitina 1,5 grs iv cada 6 horas y hemodiafiltración veno-venosa continua con bomba de sangre a 250 ml/min; flujo dializante 1.600 ml/h; flujo de líquido de reposición 1.600 ml/h; heparina durante 48 horas. Monitorización continua. No se presentan complicaciones con la HDFVVC ni con las funciones renales ni hepática del paciente por lo que, tras mejora hemodinámica y niveles séricos normalizados del valproato de sodio en sangre, se decide iniciar el proceso de extubación (conseguido con éxito). Pasa a la unidad de Medicina Interna con apoyo y supervisión de psiquiatría. Pasados una semana, se decide su traslado a la unidad de agudos de psiquiatría para su estabilidad emocional. Confirmado por psiquiatra reagudización de episodio de manía

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz M., Hidalgo F., García-Fernández N.. Circuit life span of continuous renal replacement therapy in critically ill patients with or without conventional anticoagulation: an observational prospective study. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 23] ; 40(1): 77-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100077&lng=es. http://dx.doi.org/10.23938/assn.0008.
2. Neuenfeldt T., Hopf HB. Diálisis sostenida de baja eficiencia en una unidad de cuidados intensivos interdisciplinarios: un análisis costo-beneficio a 5 años. Revista Colombiana de Anestesiología Volume 41, Issue 2, April–June 2013, Pages 88-96.

TEMA 46. FUTURAS INNOVACIONES CENTRADAS EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

MARÍA EULALIA VERA NIETO

NELIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El envejecimiento se debe considerar una oportunidad social y no una carga, influyendo considerablemente en las perspectivas de las economías y de la salud y en las sociedades europeas.

El concepto de envejecimiento activo (EA) según las OMS dice que es "el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". El EA en la actualidad es:

Una oportunidad social que influye en las perspectivas de las economías y las sociedades europeas.

Una visión positiva que valora a las personas mayores y su contribución a la sociedad.

Un cambio en nuestra percepción de las personas de más edad, más allá de su posición predominante en la sociedad.

RESUMEN

Las guías nacionales y europeas para promocionar el EA centran su atención en: Condiciones reglamentarias y de normalización, condiciones de financiación efectiva, la innovación amigable con los mayores y en condiciones del mercado para facilitar la cooperación entre los diversos grupos de interés.

Las guías regionales de EA fomentan la interacción entre el apoyo social percibido, el estado emocional adaptativo y las actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento, siendo un potente protector para conservar un adecuado bienestar emocional y fisiológico. También incluyen recomendaciones, cuidados, uso adecuado sobre nuestra salud y el conocimiento de los Servicios Sociales de nuestros municipios para encontrar ayuda a problemas como: recursos económicos insuficientes, pérdida de autonomía y de necesidad de apoyo y recursos sanitarios…

OBJETIVOS

Los objetivos de esta revisión bibliográfica son:

- Promocionar el EA.
- Fomentar el uso de guías regionales y europeas sobre el EA y participar en futuros proyectos innovadores.
- Participar en proyectos activos relacionados con el fomento y la activación del EA.
- Concienciar a la población sobre la situación actual y futura del EA, siendo un enfoque que nos interesa a todos.
- Promocionar la independencia y la objetividad a las personas dentro de nuestra sociedad, pertenecientes a este grupo de EA.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática bibliográfica exhaustiva de 101 artículos desde 2013 hasta 2017, de los cuales se prestó especial interés a unos 18.
La búsqueda se realizó en bases de datos como Pubmed, Medline, Dialnet, Lilacs, Embase, Scielo, Cochrane y Scienciedirect. Se han favorecido las publicaciones de los últimos cinco años.

Se obtuvieron artículos de revistas y anales de pediatría específicos relacionados con el tema.

Los descriptores utilizados han sido: “INNOVACIONES”, “PROYESTOS”, “INNOVACIÓN”, “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”, “VEJEZ”.

RESULTADOS

Podemos decir que el EA y saludable no es un problema, es uno de los mayores logros de la sociedad moderna. Su importancia socio-económica y de calidad de vida a nivel individual y regional, favorecerá futuros proyectos innovadores y de políticas positivas para esta población considerada activa.

Las políticas dirigidas al mantenimiento y promoción de la autonomía personal deben enmarcar una comprensión más amplia del concepto EA, contemplándolo como un ciclo vital activo e implicado que permita la gestión y responsabilización de la propia vida y el establecimiento de proyectos personales.

CONCLUSIÓN

Uno de los objetivos de la Asociación Europea para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP) es abordar el impacto del envejecimiento de la población de la Unión Europea y a largo plazo, luchar por las finanzas públicas. La creciente importancia de Salud como sector económico significa un aumento proporcional en el potencial de crecimiento económico y creación de empleo.
La programación 2014-2020 de la Comisión Europea sobre adjudicación Europea Fondos Estructurales y de Inversión (ESIF) ha incluido el EA como una oportunidad de financiación para proyectos de salud. Se busca encontrar financiación para las inversiones en salud de distintas regiones europeas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellano Fuentes, Carmen Luisa. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez el envejecimiento en una muestra de ancianos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2014, 14, 3, 365-377.
2. European Commission. European Scaling-up Strategy in Active and Healthy Ageing. Part of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. 27/01/2015.
3.European Commission. Innovative Financing. Opportunities for Active & Healthy Ageing. June 2015.
4. Guía para el envejecimiento activo saludable. Euskadi. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. 02/10/2014

TEMA 47. DIABETES MELLITUS INDUCIDA POR LA TOMA DE OLANZAPINA

CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDO BENASACH.

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La olanzapina, es una droga antipsicótica en uso desde el año 1996, indicada en el manejo de psicosis refractaria a neurolépticos tradicionales. Es una droga que destaca por su gran potencia y eficacia terapéutica con minoría de efectos secundarios. Por otro lado, desde su inicio se han descrito algunas reacciones adversas significativas entre las cuales se mencionan alteraciones hematológicas y ganancia de peso. En este trabajo se describe un caso de diabetes mellitus (DM) inducida por el uso de olanzapina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 50 años sin antecedentes personales ni familiares de diabetes mellitus. Fue valorado por la Unidad Psiquiátrica para manejo de un cuadro de deterioro psicoorgánico moderado, asociado a ingesta alcohólica y consumo de cocaína, además de personalidad esquizotípica. Dada la gravedad del cuadro adictivo, en un paciente con funcionamiento psicótico sin conciencia de enfermedad, se hospitalizó. Al ingreso se le realizaron exámenes de rutina que fueron normales, entre ellos una glucemia en ayunas de 103 mg/dl.

Se indicó tratamiento con olanzapina 15 mg/d, con lo que se logró buena evolución de su cuadro psiquiátrico, manteniéndose abstinente del consumo de sustancias, por lo que fue dado de alta. A los tres meses del comienzo del fármaco aparecieron polidipsia, poliurea y aumento del apetito, por lo que fue atendido en una Unidad de Urgencia donde se comprobó una glucemia de 504 mg/dl. En este período no refirió cambios significativos en el peso corporal. El paciente fue tratado de forma transitoria con insulina cristalina, siendo dado de alta a su domicilio con indicaciones de dieta y glibenclamida 10 mg/d.

La evolución fue regular, con mejoría parcial de los síntomas de descompensación diabética, por lo que fue derivado al endocrino por mal control metabólico por glucemias repetidas elevadas por encima de 200 mg/dl. Todos los exámenes realizados fueron dentro de la normalidad, por lo que se planteó un posible efecto de la olanzapina en el desarrollo de la diabetes decidiendo junto con el médico psiquiatra la suspensión progresiva del medicamento.

A partir de ese momento se produjo una disminución glucémica, lo que permitió suspender los antidiabéticos orales manteniéndose en la actualidad sólo con dieta.

CONCLUSIÓN

Está demostrado que el uso de olanzapina aumenta los niveles glucémicos en sangre induciendo el desarrollo de diabetes mellitus. En nuestro paciente hubo también un cuadro de curso rápido, con hiperglucemia grave, sin aumento de peso previo. Estos hechos, junto a la rápida recuperación una vez suspendido el fármaco, permiten plantear un efecto directo y reversible del medicamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression análisis. *BMJ* 2000; 321: 1371-6.

2. Kapur S. Atypical antipsychotics. *BMJ* 2000; 321: 1360-61.

3. Peterson G, Byrd SL. Diabetic ketoacidosis from clozapine and lithium cotreatment. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 737-8.

4. Wirshing DA, Spellberg BJ, Erhart SM, Marder SR, Wirshing WC. Novel antipsychotics and new onset diabetes. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 778-83.

TEMA 48. CONSUMO DE ALCOHOL

BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO
MARTA ESPINOSA ATANCE

INDICE

1. Introducción.
2. Metabolización del etanol.
3. Clínica y niveles de intoxicación aguda
4. Intoxicación crónica
5. Síndrome de abstinencia
6. Importancia de intervención
7. Propuesta de intervención para Atención Primaria
8. Cribado
9. Bibliografía

1. Introducción

- En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. Es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial. A parte de ser una droga de abuso y dependencia.
- Se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol.
- El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. (***oms***)

1. Introducción

Cambio más importante en la perspectiva actual del abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, ha sido la incorporación del patrón de consumo asociado al concepto de intoxicación. Que se da fundamentalmente entre la población más joven, los fines de

El alcohol etílico produce efectos dosis-dependientes, relacionados con la cantidad de etanol consumida por peso corporal. La intoxicación depende de la cantidad de alcohol ingerida, el sexo, el grado de nutrición previo, la idiosincrasia personal, la presencia de contenido gástrico y la ingesta concomitante de otros tóxicos. El etanol, solo o combinado con otros depresores del SNC, es el responsable del mayor número de muertes tóxicas por sobredosis, más que ningún otro agente. Además, puede producir daño a terceros “bebedor pasivo”, concepto que se refiere al daño que pueden sufrir personas por el consumo de alcohol de otros, accidentes de tráfico, violencia, niños que nacen con el síndrome alcohólico fetal (SAF).

2. Metabolización del etanol

- Distribución homogénea por tejidos y líquidos, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria. Se oxida en el 90-98%, y el 2-10% se excreta por riñón y pulmones. Su tasa de oxidación es relativamente constante, no incrementándose al aumentar la concentración. La oxidación es proporcional al peso corporal y, probablemente, al peso hepático, con una tasa promedio de oxidación de 120 mg/kg/hora o 10 ml/hora.

- La concentración máxima en sangre se establece a los 30-90 minutos de la ingesta.

3. Clínica y niveles de intoxicación aguda

- **Embriaguez subclínica** (< 0,5 g/l de alcoholemia): hay una disminución de capacidades, desinhibición, afectación del juicio crítico y dichos cambios son notorios por los que le rodean.
- **Embriaguez patológica**: se produce tras pequeñas ingestas por susceptibilidad individual, en individuos epilépticos, histéricos, esquizofrénicos, psicópatas o lesionados cerebrales, siendo muy rara en sujetos normales, y presenta trastornos de conducta, pérdida del control de los impulsos, respuestas desproporcionadas al ambiente y amnesia lacunar residual. Se describen los subtipos: psicomotriz, maniaco-depresiva, delirante, alucinatoria.
- **Embriaguez ligera** (0,5-1,5 g/l de alcoholemia): excitación intelectual y motora, euforia, habla farfullante, midriasis, conducta hipomaníaca o depresiva.

3. Clínica y niveles de intoxicación aguda

- **Embriaguez grave** (1,5-2 g/l de alcoholemia): lenguaje dificultado e incoherente con descenso de capacidad crítica, disforia, inestabilidad franca, visión borrosa, vómitos, trastornos de conducta y disminución de la autoestima.
- **Si alcoholemia > 2 g/l:** arreflexia, pérdida de conciencia, relajación de esfínteres, disminución de la sensibilidad o anestesia.
- **Si alcoholemia > 3 g/l:** estupor, coma acidótico o hipoglucémico, insuficiencia respiratoria por depresión bulbar, parada cardiaca y muerte.

- Tras la recuperación, los pacientes presentan amnesia lacunar residual. Se describen varios subtipos en función de la sintomatología que origina: psicomotriz, maniaco depresiva , delirante, alucinatoria.

4. Intoxicación crónica

- El consumo crónico de alcohol origina una amplia gama de trastornos orgánicos, originados directamente por la acción del alcohol, de sus metabolitos o bien producidos por las consecuencias indirectas de las que destacan las deficiencias nutricionales.
- Se produce una afectación de prácticamente todos los órganos y sistemas, como consecuencia de una intoxicación autoinfringida y consciente que sólo se puede hacer comprender al paciente en período de lucidez.
- El alcoholismo causa una profunda agresión a la calidad de vida, tanto la del enfermo como la de su familia.
- La intoxicación crónica o la ingesta excesiva crónica provoca enfermedad hepática alcohólica, trastornos del páncreas, tracto gastrointestinal, cardiacos, circulatorios, hematológicos, metabólicos, endocrinos, osteoporosis y osteopenia; facilita y determina el desarrollo de ciertos tipos de cáncer, y es causa de la fetopatía alcohólica.

4. Intoxicación crónica

- Especial consideración merecen los trastornos neurológicos y mentales graves ocasionados por una lesión y deterioro cerebral progresivo que, a la vez y gradualmente, le incapacita para someterse a una reducción drástica del consumo y al tratamiento del síndrome de dependencia.
- Los enfermos presentan pérdida de memoria, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, psicosis con fenómenos alucinatorios, delirios paranoides y celotipias. Completan el cuadro las convulsiones y deficiencias nutricionales y vitamínicas asociadas a los trastornos gastrointestinales y hepáticos. Pueden aparecer cuadros como la encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, polineuritis alcohólica, encefalopatía por déficit de ácido nicotínico y, además, afectación de todos los órganos y sistemas.

5. Síndrome de abstinencia

- La sintomatología de abstinencia no es considerada actualmente como algo nuclear en las dependencias. Sin embargo, es parcialmente responsable de algunos consumos continuados, lo que contribuye al mantenimiento de una conducta de autoadministración, al aliviar éstos el malestar que ocasiona.
- La dependencia supone pérdida del control e incapacidad de abstención. El síndrome de abstinencia alcohólica es un fenómeno complejo que ocurre a diversos niveles cerebrales, consecuencia de la dependencia física del alcohol, aunque los síntomas apuntan en sentido contrario a lo que ocurre en la intoxicación aguda.

5. Síndrome de abstinencia

- Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son temblores, alucinaciones, convulsiones y delirio. El síntoma más frecuente son los temblores que aparecen a las pocas horas de la abstinencia y afectan sobre todo a manos, labios y lengua, y suelen acompañarse de náuseas, diaforesis, debilidad e irritabilidad. Hay hiperactividad simpática responsable de la taquicardia, hipertensión, sudoración y temblor.
- Entre las 24 y 48 horas del cese de la ingesta alcohólica aparecen alucinaciones visuales o auditivas que posteriormente suelen desaparecer en pocos días. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener alucinaciones auditivas durante un tiempo prolongado y desarrollar un cuadro clínico similar a la esquizofrenia. El alcohol puede precipitar una crisis en pacientes epilépticos en el curso de una ingesta importante y ocasionar convulsiones en pacientes no epilépticos en la fase inicial del período de abstinencia.

5. Síndrome de abstinencia

- El *delirium tremens,* que repasaremos más adelante, es una manifestación grave del síndrome de abstinencia caracterizado por confusión, alucinaciones, temblores, agitación, taquicardia, pupilas dilatadas, sudoración profusa y fiebre.
- *Delirium por abstinencia*, tras la retirada brusca de la ingesta etílica, aparecen temblores de lengua, párpados, manos, sudores, cefalea, insomnio, taquicardia, hipertensión, náuseas y vómitos, presentando un cuadro de gran agitación, que alarma al paciente y a la familia, ánimo bajo, trastorno de ansiedad, irritación, que puede ser extrema llegando a la agresividad. Presentan alucinaciones táctiles, auditivas, olfatorias. Ocurre hacia las 6 u 8 horas de abstinencia.

6. Importancia de intervención

- La Organización Mundial promueve la intervención temprana de la Atención Primaria sobre el consumo de alcohol, ya que es una de las intervenciones más costo-efectivas, evitando enfermedades y muertes prematuras. Dichas intervenciones breves, pueden:
- Promover reducciones significativas y duraderas de los niveles de consumo de alcohol.
- Lograr que personas con dependencia al alcohol, inicien tratamiento
- Cada vez hay más evidencia del papel relevante de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo y la intervención breve.

7. Propuesta de intervención para Atención Primaria

Las tres actividades principales para abordar los problemas relacionados con el alcohol en las consultas de Atención Primaria:

- Identificar a los pacientes que pueden tener un problema relacionado con el alcohol (cribado).
- Intervenir sobre ellos (intervención breve).
- Derivar activamente a los que necesitan ayuda más especializada.

8. Cribado

Permite la identificación de personas que no buscan ayuda por problemas relacionados con el alcohol y pueden estar sufriéndolos. Para ello:

a) Cuantificación del consumo en Unidades de Bebida Estándar (UBE).

- Preguntar y cuantificar el consumo de alcohol puede ayudar a que el paciente conozca los límites apropiados de consumo.La unidad de bebida estándar, es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol.
- Niveles de consumo de riesgo.

  - En mujeres y personas mayores de 65>2 2,5 UBEs al día, 17 UBEs por semana, o más por ocasión de consumo concentrado.

  - En varones >4 UBEs al día, 28 UBEs por semana, o 6UBEs o más por ocasión de consumo concentrado.

8. Cribado

1 UBE	2 UBE
200 ml de cerveza (caña o quinto)	1 copa de coñac (50 ml)
100 ml de vino (vaso pequeño)	1 combinado (50 ml)
50 ml de vino generoso (jerez)	1 vermouth (100 ml)
50 ml de cava (1 copa)	1 whisky (50 ml)
25 ml de licor (carajillo)	

Unidad de Bebida Estándar; 1 UBE = U=10 gramos de alcohol puro

8. Cribado

- **b) Utilización de cuestionarios específicamente diseñados para este propósito.**
- ***Cuestionario CAGE*:** El CAGE ha sido el cuestionario más utilizado, se incorpora a la entrevista. Consta de cuatro ítems heteroaplicados dicotómicos (SÍ= 1 punto / NO = 0 puntos). Tres de estos ítems exploran valoraciones subjetivas de la persona acerca del consumo de alcohol (¿has tenido la impresión de que deberías beber menos?, ¿te ha criticado alguna vez la gente por tu forma de beber?, ¿te has sentido alguna vez mal o culpable por tu forma de beber?,), y el cuarto ítem valora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica (¿alguna vez lo primero que has hecho ha sido beber para calmar tus nervios o librarte de una resaca?)
- 0: no hay problemas relacionados con el alcohol.
- 1: inicio de problemas relacionados con el alcohol
- 2-4: presencia de problemas relacionados con el alcohol.

8. Cribado

- *Cuestionario AUDIT*: elaborado por la OMS para ayudar a los médicos de Atención Primaria a identificar precozmente problemas en relación con el consumo de alcohol en personas que todavía no cumplían criterios de dependencia ni presentaban problemas físicos o psicosociales crónicos.
- Del 4 al 6 dependencia al alcohol.
- El 7 y 8, reacciones negativas a la bebida.
- Y 9 y 10, problemas derivados del consumo.

El AUDIT, cuyo tiempo de ejecución es de cinco minutos, ha demostrado ser superior al CAGE, en cuanto a su sensibilidad a la hora de detectar consumo de riesgo.

8. Cribado

- La elevación de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol; los más frecuentes: ácido úrico, triglicéridos, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-pirúvico transaminasa (GPT o ALT), cociente GOT/GPT >1, y volumen corpuscular medio (VCM).
- Estos marcadores no deben ser utilizados para realizar el cribado del consumo de riesgo de alcohol, ya que no pueden detectar consumos de 40-60 g/día, ni consumos intensivos de alcohol, patrón que se produce fundamentalmente en jóvenes.

9. Bibliografía

- Allamani, A. Perspectivas sobre la prevención de los problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones.* 2006; 18 (3), 241-246.
- Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018 Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.
- Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Jiménez Muñoz M, Lizarbe Alonso V. Mójate con el alcohol. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

9. Bibliografía

- Arbesu JA, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, et alls. Manual de consejo sobre alcohol en Atención Primaria. Socidrogalcohol; 2013.
- Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ. Guía de buena práctica clínica en uso y abuso del alcohol.Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2004.
- Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018 Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148

TEMA 49. ABORDAJE DEL DUELO PATOLÓGICO

EVA Mª BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1 DEFINICIÓN
2 SÍNTOMAS
3 FASES DEL DUELO
4 TIPOS DE DUELOS
5 FACTORES RELACIONADOS CON EL DUELO PATOLÓGICO
6 TRATAMIENTO
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 DEFINICIÓN

El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida.

2 SÍNTOMAS

Puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente).

-Incredulidad
-Anhelo
-Amargura por la pérdida
-Confusión acerca de la propia identidad
-Desconfianza hacia los demás
-Dificultad para aceptar la pérdida
-Sensación de entumecimiento
-Sensación de que la vida carece de significado desde la pérdida
-Sentirse aturdido por la pérdida

A veces pueden aparecer también sentimientos de culpa, por no haber realizado todo lo posible para evitar el fallecimiento o por no haber hecho al difunto lo suficientemente feliz en vida o incluso por experimentar una sensación de alivio tras la muerte (especialmente, después de una enfermedad prolongada que ha requerido de una asistencia constante o de la desaparición de una persona que ha ejercido un dominio despótico sobre el superviviente). La intensidad de estos síntomas depende de la personalidad del sujeto, de la intensidad del lazo que le unía al fallecido y de las circunstancias de la pérdida.

3 FASES DEL DUELO

Shock o parálisis Inmediato a la muerte

- Embotamiento afectivo
- Apatía
- Agitación

Dolor y alivio Dos primeras semanas

- Aceptación de la muerte
- Pena y dolor
- Resignación

Resentimiento Dos semanas a cuatro meses

- Depresión
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Inseguridad

Recuerdo Tres a doce meses

- Reminiscencias del fallecido
- Pena

4 TIPOS DE DUELOS

Duelo Patológico (complicado o no resuelto):
- Excesivo: manifestaciones exacerbadas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado.
- Defecto: ausencia de manifestaciones de pesar.

Tipos de duelo complicado:
- Duelo ausente o retardado: Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
- Duelo inhibido: Se produce una "anestesia emocional", con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- Duelo prolongado o crónico: Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.

- Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente "fijado", en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
- Duelo intensificado: Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- Duelo enmascarado: Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
- Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas: Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario, no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones.

5 FACTORES RELACIONADOS CON EL DUELO PATOLÓGICO

1. Edad de la persona fallecida. Resulta antinatural para un padre enterrar a sus hijos. El estrés que causa la pérdida de un hijo (el fantasma de la habitación vacía) es tan intenso que puede llegar incluso a provocar el divorcio de la pareja. A menudo, un cónyuge sufre más que otro y eso genera acusaciones, culpabilidad y rabia.
2. Tipo de muerte, sobre todo cuando es prematura, inesperada o trágica. Es el caso, por ejemplo de las enfermedades cortas y repentinas o de las muertes súbitas, evitables y que afectan a personas jóvenes, como ocurre en los accidentes de tráfico, y, más aún, de las muertes violentas (asesinatos o suicidios, en los que hay una imputación de responsabilidad propia).

3. Variables psicosociales, como estar en una situación económica precaria, hacerse cargo de niños pequeños, no tener posibilidades de rehacer la vida, contar con una familia muy reducida, etcétera. Las reacciones de carácter grave ante una pérdida tienen lugar frecuentemente entre las mujeres. Por otra parte, los niños de 3 a 5 años y los adolescentes, así como los viudos solos y las viudas con niños pequeños y sin apoyo social, constituyen un factor de riesgo importante.
4. Inestabilidad emocional previa. En concreto, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplejadas, etcétera) corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento de una persona próxima.

Asimismo las personas con una falta de salud física son las que tienden a caer más fácilmente enfermas durante el duelo

5. Experiencia negativa de pérdidas anteriores. Es más probable sufrir un duelo patológico cuando una persona ha experimentado muchas o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las anteriores ha sido particularmente intensa o duradera.

6 TRATAMIENTO

El tratamiento sólo se precisa cuando se trata de un duelo patológico, que se puede manifestar clínicamente de forma psicológica y física. A nivel psicológico, las personas pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por el difunto o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes) A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos. Y a nivel físico, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, que les hacen consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de cabecera y que son reflejo de la depresión, más o menos enmascarada, existente.

No obstante, en las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos; sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden remitir, pero se hacen más frecuentes los síntomas psicológicos (desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir). En general, las personas afectadas deben recibir tratamiento psicológico o farmacológico cuando padecen síntomas físicos o psicológicos de una intensidad elevada, cuando los síntomas, incluso con una menor intensidad, se mantienen más allá de un año o cuando aparecen alteraciones que no tienen las personas normales (por ejemplo, alucinaciones o ideas delirantes).

Ahora bien, el proceso de superación del duelo sigue una secuencia peculiar. Concretamente, un primer paso es aceptar la realidad de la pérdida. La experiencia compartida del dolor y de la pena es un segundo paso para la superación del duelo.

Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Un tercer paso es proceder a la reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. Y un cuarto paso es establecer nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual no es siempre fácil por el sentimiento de lealtad al fallecido y por el temor a nuevas pérdidas. En ocasiones, la resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional de otros seres queridos (otros hijos, familiares, amigos) contribuyen a acelerar este proceso de recuperación.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Duelo y pérdida. VARGAS SOLANO, Rosa Elena. Med. leg. Costa Rica [online]. 2003, vol.20, n.2, pp. 47-52. ISSN 1409-0015.

-Las pÃ©rdidas y sus duelos. CABODEVILLA, I.. Anales Sis San Navarra [online]. 2007, vol.30, suppl.3, pp.163-176. ISSN 1137-6627.

-Psiqueduelo, Duelo patológico: Qué es, síntomas, causas, factores de riesgo y complicaciones,psiqueduelo.com/duelo-patológico/

TEMA 50. LACTANCIA MATERNA: DIFICULTADES DE LAS MUJERES PARA PODER AMAMANTAR

DAVID REVELLES PASADAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es, por naturaleza, la mejor forma de alimentación del lactante. La leche materna es un alimento natural producido por todos los mamíferos para alimentar a los recién nacidos. Son múltiples los beneficios de la lactancia, entre otras, previene y protege de enfermedades como la diarrea y enfermedades respiratorias e infecciosas. La OMS, junto a la FAO y el plan decenal de lactancia materna 2010-2020, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y suplementarlos con alimentación complementaria hasta los dos años.

La leche artificial es más difícil de digerir, genera mala oclusión dental y caries, aumenta el riesgo de enfermedad celiaca, inflamación intestinal, alergias, obesidad, leucemia e hipertensión arterial, además incrementa el riesgo de que el Según datos de la Asociación Española de Pediatría, en España el porcentaje de bebes a los que amamantan sus madres es del 72 % cuando tienen 6 semanas de vida, cifra que se reduce al 66 % cuando tienen 3 meses y al 47% a los 6 meses.

Aunque el porcentaje de niños que se alimentan solo de leche materna a los seis meses sea asimilar a la del resto de Europa, este se encuentra aún lejos de lo que recomienda la OMS-Unicef, que insiste que hasta esa edad los bebes solo deben ingerir leche materna, y que sea una parte importante de su alimentación hasta los dos años.

La lactancia materna se relaciona con una disminución de la mortalidad en los recién nacidos prematuros, disminución de la morbilidad infantil debida a infecciones digestivas, respiratorias, urinarias y del oído medio, así como enfermedades atópicas.

Además, no menos importante es el beneficio que tiene la lactancia materna sobre la salud de la mujer. Los estudios demuestran una incidencia menor de cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas de cadera en las mujeres que han amamantado, recuperación del tamaño del útero, reducción del sangrado postparto, menor probabilidad de depresión puerperal.

OBJETIVOS

Establecer los principales problemas que tienen las mujeres para realizar la lactancia.

MATERIAL Y METODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos Redalyc, Lilacs, The biblioteca Cochrane, Scielo y Google Academico. La búsqueda se realiza tanto en español como en inglés y se acota al periodo de tiempo 2008-2018. Se excluyen los artículos anteriores a ese periodo o que se encuentran en otro idioma. Tras la búsqueda se seleccionan un total de 20 artículos para la realización del trabajo.
Como palabras clave se usan: problemas, lactancia, mujeres.

RESULTADOS

Entre los artículos revisados se reseñan diferentes causas que dificultan la lactancia y/o provocan el abandono de ella. Y se podrían agrupar en varias categorías según los motivos.
Referentes a la madre

- Incorporación inmediata al trabajo.
- Dificultad para combinar la lactancia con el trabajo
- Dificultad para dar el pecho en lugares públicos
- Tener sensación de que el lactante no se queda saciado con la lactancia
- Perdida de firmeza de los pechos
- Separación del lactante por problemas médicos de la madre
- Problemas en el pezón (agrietamiento del pezón, pezón invertido)
- Mastitis

- Dolor en las mamas
- No tener tiempo para ella misma
- Tener que dedicar todo el tiempo al bebe
- Tener cada vez menos leche
- Tener otras ocupaciones (estudio, trabajo, crianza de otros hijos)

Referentes al recién nacido

- Separación de la madre por problemas médicos del bebe
- Mayor frecuencia de despertares nocturnos
- Crece o gana menos peso que un bebe alimentado con leche artificial
- El bebe se puede contagiar de enfermedades de la madre
- Los niños a los que se les da el pecho lloran mas

- Rechazo del pecho
- Problemas del bebe para engancharse al pezón y succionar

Referentes al hospital y los servicios de salud

- Falta de recomendaciones y apoyo del personal sanitario
- Falta de formación clínica y habilidades de los profesionales para manejar los problemas de la lactancia
- Ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan
- Prácticas que dificultan la lactancia o reducen la producción de leche de las mujeres
- Retraso en el contacto precoz piel con piel entre los recién nacidos y sus madres
- Provisión rutinaria de suplementos de leche artificial
- Separación innecesaria durante el ingreso
- Alta precoz hospitalaria en algunos contextos
- Falta de un adecuado seguimientos postparto

De todos estos motivos, los que se pueden señalar como principales, según los porcentajes que se han observado en los diferentes artículos revisados son, la dificultad para combinar lactancia y trabajo y amamantar en lugares públicos, además de un destete precoz por la sensación de baja producción de leche y los problemas en los pechos (dolor, mastitis, pezón invertido y agrietamiento del pezón), y la falta de habilidades de los profesionales sanitarios para manejar los problemas de la lactancia.

CONCLUSIONES

Los motivos que dificultan que las mujeres amamanten son múltiples y variados.

Hay una problemática en la sociedad que aún se sigue dando, que es el no ver como natural el ver a una madre amamantado en público, lo cual dificulta el amamantamiento. Para ello se podrían plantear campañas sociales para naturalizar el amamantamiento y descargarlo de simbolismo sexual, para que se aprecie como un hecho natural entre una madre y su bebe.

Por otra parte, se encuentra la dificultad para compaginar trabajo y amamantamiento, lo cual necesita aun de políticas sociales y laborales para facilitar a las madres este hecho.

En cuanto a los profesionales sanitarios, a veces, se centran en recomendar la lactancia, pero hay que recordar que la madre no es “una central lechera” para el bebe. El insistir en dar el pecho, puede ser contraproducente. El profesional sanitario debería no solo recomendar la lactancia materna, sino el explicar todos los detalles beneficiosos tanto para el bebe como para la madre, y pedirle a los padres que les planteen todas las dudas existentes e intentar darle solución, de esa manera, la madre no se sentirá como una lechera, y podrá sentirse más como una madre.

En definitiva, aunque los porcentajes de mujeres que dan el pecho han aumentado en los últimos años, aún falta camino por recorrer para alcanzar objetivos de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

•Díaz-Gómez, N Marta, Ruzafa-Martínez, María, Ares, Susana, Espiga, Isabel, De Alba, Concepción, MOTIVACIONES Y BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA. Revista Española de Salud Pública [en linea] 2016, 90 Disponible en:**<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728031>** ISSN 1135-5727

•Izzedin-Bouquet de Durán, Romina, Pachajoa-Londoño, Alejandro, Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. Población y Salud en Mesoamérica [en linea] 2011, 9 (Julio-Diciembre) Disponible en:**<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44618728003>** ISSN

- Rodríguez-Pérez, Mª José, Álvarez-Vázquez, Elena, Medina-Pomares, José, Velicia-Peñas, Carmen, Cal-Conde, Ana, Goicoechea-Castaño, Ana, González-Formoso, Clara, Clavería, Ana, PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO, GALICIA. Revista Española de Salud Pública [en linea] 2017, 91] Disponible en:**<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17049838014>** ISSN 1135-5727

TEMA 51. DIETA RECOMENDADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA

ISABEL GALLARDO GARCIA

RAQUEL PARDO SALAMANCA

EVA MARIA BLANCO LOPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

La anemia se ha convertido en un problema de salud pública. La deficiencia de hierro es algo bastante común. Los que están en mayor riesgo son los niños, adolescentes y las mujeres en edad reproductiva, las mujeres embarazadas, los vegetarianos y los veganos. En este tipo de anemia los depósitos de hierro son bajos por un desequilibrio entre los requerimientos y la ingesta de dicho mineral.

2. OBJETIVO

Conocer la relación entre la alimentación y la anemia ferropénica.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos como Pubmed, SciELO y Cochrane plus. También se han obtenido documentos a través de búsqueda en “Google Académico” y páginas oficiales de organizaciones como la OMS.

PALABRAS CLAVE Hierro, Anemia, Anemia ferropénica.

2. RESULTADOS

Se enumeran alimentos ricos en hierro y aquellos que favorecen y disminuyen su absorción.

El hierro se encuentra en los alimentos en dos formas: hierro hemo y no hemo. Los alimentos de origen animal contienen hierro hemo. Los alimentos de origen vegetal y alimentos fortificados con calcio contienen hierro no hemo. El cuerpo absorbe mejor el hierro hemo.

Alimentos ricos en hierro teniendo en cuenta que existen dos tipos de hierro.

- El contenido en los alimentos de origen animal (carne, pescado y marisco, hígado,…) y el contenido en los alimentos de origen vegetal (cereales enriquecidos en hierro, legumbres, frutos secos, verduras y hortalizas).

Alimentos que favorezcan la absorción del hierro

• La vitamina C o ácido ascórbico favorece su absorción. Entre las fuentes ricas de vitamina C se encuentra: pimiento, perejil, cítricos (naranja, limón,...), kiwi, fresones...

•Si se mezclan en un mismo plato varias proteínas favorecen la absorción de hierro. Aumentar el consumo de alimentos que contienen hierro hemo, aumenta la absorción del hierro no hemo (ejemplo: legumbres con pescado, arroz integral con carne picada).

•Carnes Rojas: se recomienda consumir 2 a 3 veces por semana carnes rojas el hierro que contienen se absorbe en mayor porcentaje que las carnes blancas.

•Carnes blancas: aunque es menor la absorción, son buena fuete de hierro.

•Pescados y mariscos: inclúyelos 2 a 3 veces por semana

Alimentos que disminuyen la absorción del hierro

- Ácido fítico: se encuentra en cereales, leguminosas, té.
- Huevo: tanto en la yema como en la clara.
- Minerales: Calcio, Zinc, Magnesio y Cobre.
- Ácido tánico: se encuentra en té. Los fitatos y taninos del té se unen al hierro e impiden su absorción.
- Café.
- Fibra.

No es recomendable tomar demasiados lácteos, ya que el calcio disminuye la absorción del hierro. A veces ocurre en la edad infantil.

5. CONCLUSIONES

El desarrollo de una dieta equilibrada y variada es la base para evitar deficiencias nutricionales como la anemia ferropénica.

En problemas como la anemia es muy importante tener presente que una alimentación variada y equilibrada puede mejorar e incluso revertir la situación sin necesidad de un tratamiento farmacológico. El grado de absorción del hierro depende de los niveles iniciales que tenga la persona, cuanto menores son los depósitos, mayor es la absorción.

Consejos que puedes poner en práctica si sufres de anemia:

- En primer lugar es importante saber distinguir el hierro hemo, aportado por los alimentos de origen animal (carnes, pescados, aves y mariscos) y el hierro no hemo de origen vegetal (granos, vegetales y frutas), ya que la capacidad de absorción de éste último es peor.
- Fomenta el consumo de alimentos como frutos secos y semillas, carnes rojas, yema de huevo o mariscos entre otros.

- Hay componentes que favorecen la absorción del hierro como son la vit C, fructosa, a cítrico, proteínas.
- Los cereales integrales tienen más hierro, vit B12 y ácido fólico que los refinados pero debido a su contenido en fitatos se recomienda no abusar.
- Entre los postres idóneos están los cítricos por su aporte de vitamina.
- Cuando consumas legumbres es bueno añadir algo de patata o arroz para mejorar la calidad de la proteína y pimiento o zumo de naranja/kiwi en postre por su vitamina C.

Si quieres disfrutar de un buen estado de salud realiza una alimentación, equilibrada y variada, te ayudará a prevenir problemas de salud y a mantenerte en un peso saludable.

BIBLIOGRAFÍA

ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2006.

García-Casal MN. La deficiencia de hierro como problema de salud pública. An Venez Nutr. 2005;18:45-8.

Calvo EB, Gnazzo N. Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 mo from a large urban area of Argentina. Am J Clin Nutr 1990;52:534-540.

TEMA 52. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE

MANUEL GARCÍA FENOLLOSA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA
- CLASIFICACIÓN
- RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO ÓSEO
- FACTORES DE PROGRESIÓN
- HISTORIA NATURAL
- CLÍNICA
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- CRIBADO
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN DE ESCOLIOSIS

•SRS: curva lateral >=10º Cobb con rotación en Rx en bipedestación.

•Deformidad tridimensional torsional de la columna y del tronco, que causa una curvatura lateral en el plano frontal, rotación axial en el plano horizontal y, a veces, alteración con reducción de las curvaturas del plano sagital.

EPIDEMIOLOGÍA

- 20% secundarias.
- 80% idiopáticas. 2-3 % de la población, aunque varía según la latitud.
    - 10% requieren tratamiento conservador.
    - 0.1-0.3 % requieren cirugía.

- Relación del ángulo Cobb con la prevalencia:
    - 10-20º: prevalencia del 2-3%.
    - 20-30º: prevalencial del 0.3-0.5%.
    - 30-40º: prevalencia del 0.1-0.3%.
    - >40º: prevalencia < 0.1%.

ETIOLOGÍA

- Multifactorial.
- Coexiste con otras alteraciones
  - Asimetría en la estructura del tronco de encéfalo.
  - Déficits sensitivos y del equilibrio.
  - Trastornos plaquetarios y del colágeno.
- Se sugiere una afectación hereditaria, con mecanismo desconocido
  - Historia familiar
  - Múltiples loci: cromosomas 8, 9, 17, 19, X.
  - Test saliva.
- Se sugieren alteraciones sistémicas de la síntesis de proteínas y MPS, GH, niveles de melatonina, variantes de IL-6, estructura y función del receptor estrogénico.
- Papel de la musculatura axial y tejido conectivo.

CLASIFICACIÓN

- CRONOLÓGICA
  - Infantil: 0-2 años.
  - Juvenil: 3-9 años.
  - Adolescente: 10-17 años.
  - Adulto: mayor de 18 años.

- TOPOGRÁFICA
  - Cervical: ápex hasta C6-C7.
  - Cervicotorácica: ápex de C7 a T1.
  - Torácica: ápex de T1-2 a T11-12.
  - Toracolumbar: ápex de T12 a L1.
  - Lumbar: ápex por debajo de L1-2.

RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO ÓSEO

•El estadio 2 Tanner (inicio de la pubertad) inicia el pico de crecimiento en niñas y lo precede en niños.

•El pico de crecimiento puberal comienza por las piernas. Puede ser asimétrico.

•La menarquia suele aparecer a los 2/3 de este pico de crecimiento, que se suele detener 1-2 años después.

•La alteraciones del plano sagital como la enfermedad de Scheuermann tiene un inicio más tardío, sobre el estadio II-III de Risser, pasada ya la menarquia.

FACTORES DE PROGRESIÓN

- Antecedentes familiares de escoliosis.
- Laxitud cutánea y articular.
- Tipo de curva (torácicas y dobles).
- Alteración en plano sagital (hipocifosis).
- Sexo (F).
- Edad de presentación < 12 años. Potencial de crecimiento.

- Tras la maduración ósea las curvas >50º tienen riesgo de progresión 0.75-1%/año. Seguridad en <30º.
    - Maduración ósea
        - 2 años tras menarquia con Risser 4.
        - Tanner avanzado con Risser 5.

HISTORIA NATURAL

- No supone un aumento de la mortalidad.
- Aumento leve y significativo del dolor en la edad adulta, sin repercusión en calidad de vida ni funcional. Relación con Cobb.
- Restricción pulmonar en >70º (algunas fuentes >50%). Mayor incidencia y gravedad en juveniles.
- Trastorno obstructivo pulmonar (39% en >40º)
- No afectación neurológica o mínima afectación.
- Sin repercusión en embarazo y parto.
- Alteración de la percepción corporal.
- 32% presentan limitaciones: vestido, restricción de actividad física.

CLÍNICA: DOLOR

- No confirmada la relación con Cobb.

- Ejercicios, corsé y cirugía tienen efectos beneficiosos sobre el dolor.

- 9% se debe a patología subyacente (lisis, listesis, Scheuermann, siringomielia, tumor, médula anclada…).

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Talla/peso
- Inspección: 3 vistas.
- Plomada y flechas (medidas desde C7, T12, L3, S2 a la vertical).
- Adams (sensibilidad 73-100% según la zona, especificidad 69-100%).
- Asimetría de MMII.
- Escoliómetro de Bunnel:
    - Mide la rotación.
    - Peor concordancia con asimetría de tronco en niños y en obesos.
    - Útil en cribado (la deformidad tórax precede a la de la columna).
- Valoración de la flexibilidad de las curvas.

CRIBADO

•El examen del raquis es particularmente importante antes y durante el pico de crecimiento puberal.
•Requiere personal entrenado.
•En la programa de salud Comunidad Valenciana las revisiones más próximas son las de los 11-12 años y 14 años, de acuerdo con American Academy of Orthopaedic Surgeons, the Scoliosis Research Society, the Pediatric Orthopaedic Society of North America, and the American Academy of Pediatrics (aunque en chicas recomiendan a los 10-12).
•Deberíamos prestar atención especialmente precoz a aquellos niños que presenten factores de progresión.
•La eficacia de progamas de screening escolares se encuentra en discusión y no se pueden recomendar con la evidencia actual.

BIBLIOGRAFÍA

•Balague F, Pellise F. Adolescent idiopathic scoliosis and back pain. Scoliosis Spinal Disord. 2016;11:27.

•Negrini S, Aulisa AG, Aulisa L, et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis*. 2012;7:3.

•Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and Spinal Disorders*. 2018;13:3. doi:10.1186/s13013-017-0145-8.

•Screening for Idiopathic Scoliosis in Adolescents, Topic Page. June 2004. U.S. Preventive Services Task Force. www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsaisc.htm (Accessed on February 28, 2008).

TEMA 53. ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGIA
- FACTORES DE RIESGO
- FACTORES DE PROTECCIÓN
- TRATAMIENTO
- OTRAS ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un problema fundamental en la población infanto-juvenil. Tradicionalmente las adicciones se habían concebido como las adicciones “químicas”, pero en los últimos años se ha ampliado el punto de vista considerando nuevos tipos de adicciones, especialmente las denominadas “adicciones psicológicas”, entre las que se suelen incluir la ludopatía, la adicción a internet o los video juegos, las compras compulsivas, la adicción al sexo.

Los estudios epidemiológicos demuestran que en el periodo de la adolescencia es donde se inicia el consumo y se determina la progresión hasta el abuso y/o la dependencia, por lo que es cada vez más frecuente encontrar dispositivos de salud con programas específicos encaminados al tratamiento y la prevención de estos trastornos.

EPIDEMIOLOGIA

Los adolescentes comienzan el consumo de drogas a una edad temprana, y las sustancias que se empiezan a consumir antes son el tabaco, el alcohol y los inhalantes volátiles. La edad media de inicio de consumo de estos tóxicos se sitúa entre los 13 y 14 años. Un 8% de los prepúberes españoles entre los 12 y 15 años son bebedores habituales de alcohol, y uno de cada dos jóvenes en edades comprendidas entre los 16 y los 20 años se declara consumidor habitual de esta sustancia.

Más tarde comienza al consumo de otras sustancias como heroína, los tranquilizantes y pastillas para dormir y el cannabis, en torno a los 14 años. Los 15 años son la edad media de inicio del consumo de éxtasis, cocaína, alucinógenos y anfetaminas.

No se han observado diferencias importantes en las edades de inicio en función del sexo. Por otra parte, la proporción de consumidores aumenta conforme aumenta la edad, y el consumo alcanza su máximo a los 17-18 años. Los mayores incrementos en la proporción de consumidores de tabaco, alcohol y cannabis se produce entre los 14-15 años, y de la cocaína, a los 17 años.

En caso de consumo de alcohol, el primer episodio de intoxicación suele ocurrir en la mitad de la adolescencia.

Se ha visto que el uso precoz de alcohol y tabaco es un indicador de riesgo en la etapa juvenil, con una mayor tendencia a convertirse en usuario de cualquier otra droga cuanto más temprano es el inicio de consumo de tabaco y alcohol.

En el caso del cannabis, el inicio se sitúa también en la adolescencia o en los adultos jóvenes. Generalmente el

trastorno se desarrolla durante un periodo prolongado, aunque la progresión es más rápida en adolescentes , especialmente en aquellos con conducta grave. La mayoría de individuos establecen un patrón de consumo que aumenta en cantidad y frecuencia, y el trastorno implica por lo general patrones de consumo diarios a pesar de las consecuencias.

El inicio temprano (antes de los 15 años) es un predictor sólido del desarrollo del trastorno, del consumo de otras sustancias y del padecimiento de trastornos mentales en la edad adulta.

FACTORES DE RIESGO

En principio, se considera que la vulnerabilidad a la adicción difiere de unas personas a otras. En general cuantos más factores de riesgo se acumulen, mayor es la probabilidad de que el consumo de sustancias se convierta en abuso y adicción.

- Factores de riesgo individuales:

- Genéticos: algunos estudios señalan que constituyen entre el 40 y el 60% de la vulnerabilidad a la adicción.
- Actitudes, creencias y valores: lo que el adolescente piensa sobre las drogas, sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas arroja un balance positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo.

- Habilidades o recursos sociales: una persona con dificultades para expresar opiniones o desenvolverse adecuadamente en su entorno es mas vulnerable a la influencia de su grupo de referencia. Si el consumo de drogas es frecuente en ese medio, un adolescente con pocas habilidades sociales y escasa asertividad tendrá mayores dificultades para resistir la presión del grupo para consumir. También se considera que para el adolescente que carece de habilidades sociales, es posible que el consumo de drogas se presente como una vía alternativa de satisfacción de sus necesidades emocionales y de admisión social, así como un medio de amortiguar una situación sobre la que no tiene sensación de control.
- Autoconcepto y autoestima: la baja autoestima y la pobre autovaloración pueden estar en la base de las conductas de

consumo.

- Autocontrol: la impulsividad, la intolerancia al aburrimiento, la búsqueda de aventuras y experiencias nuevas, así como el deseo de desinhibirse pueden jugar un papel relevante en la aparición de las conductas de consumo.
- La experimentación: si la persona percibe que el consumo le resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, la tendencia al consumo será mayor.

➢ Factores de riesgo relacionales:

- La escuela: un bajo rendimiento escolar, un mayor absentismo, una menor implicación y actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica suelen encontrarse asociados.

- El grupo de iguales y los amigos: la aceptación por parte iguales es una necesidad prioritaria en la adolescencia.
- Ocio, noche, fines de semana, diversión y dinero.
- Relaciones afectivas padres-hijos: un gran numero de consumidores presenta una percepción negativa de las relaciones personales.
- Practicas educativas de las figuras parentales: las actitudes excesivamente autoritarias están directamente relacionadas.
- Padres con modelos de conducta.
- Aceptación del consumo desde el grupo de iguales y la familia.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Son aquellos que reducen la probabilidad de ocurrencia de una conducta problema, en este caso, el consumo, abuso y/o dependencia de sustancias.

- Los lazos sociales: adhesión y compromiso con la familia, amigos y escuela.
- Las coacciones externas: normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas al individuo.
- Las habilidades sociales: poseer estrategias asertivas de afrontamiento y resistencia a la presión para la transgresión de las normas.
- También se consideran un adecuado nivel de autoestima, un buen autocontrol emocional, la cohesión y la comunicación familiar y el apego a un grupo de referencia positivo.

TRATAMIENTO

Los objetivos generales de los programas de prevención del consumo de drogas, según el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD, 2008) son básicamente los siguientes:

- Retrasar la edad de inicio del consumo.
- Limitar el número y tipo de sustancias.
- Evitar la transición desde la prueba de sustancias al abuso y la dependencia.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o tienen problemas de abuso o dependencia.

- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener unas relación madura y responsable con las drogas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas.

OTRAS ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

En los últimos años han aumentado considerablemente las conductas adictivas, especialmente en la población adolescente. Estas conductas no guardan relación con sustancias químicas sino con las nuevas tecnologías. Por ejemplo, la adicción a los videojuegos, a internet, al uso de teléfono móvil, a las compras, a las redes sociales, al cibersexo, etc..

Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo por la tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas, la impulsividad, la baja autoestima, la intolerancia a estímulos displacenteros y un estilo de afrontamiento inadecuado.

El objetivo terapéutico se centrara en el aprendizaje del control de dicha conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- Rojas, M. Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque humanista y cognitivo-conductual. CONCYTEC; 2010.
- Wagner, K., Ritt-Olson, A., Soto, D., y Unger, J. (2008). Variation in Family Structure Among Urban Adolescents and Its Effects on Drug Use. Substance Use & Misuse, 43(7), 936–951.doi: 10.1080/10826080701801550
- González Barrón R., Montoya Castilla I. Psicología clínica infanto-juvenil. Pirámide; 2015.
- Sánchez del Hoyo, P., y Sanz, L. (2004). Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. En: Psicopatol. Salud mental, 4, 99-108. Recuperado de la base de datos Redalyc [ISSN 1695-8691]. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo

TEMA 54. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARTA ESPINOSA ATANCE
BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

ÍNDICE

- ABREVIATURAS
- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)
- TIPOS DE VG
- CAUSAS DE FALTA DE DETECCIÓN SANITARIA DE MALOS TRATOS
- SÍNTOMAS E INDICADORES DE VG
- RECOMENDACIONES DE LA OMS EN EL ABORDAJE SANITARIO DE LA VG
- PLAN NACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VG
- PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL ABORDAJE A LA VÍCTIMA DE VG
- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG
- BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS

- **AP:** Atención primaria.
- **NANDA:** North America Nursing Diagnosis Association.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **SP:** Salud Pública.
- **VG:** Violencia de género.

INTRODUCCIÓN

• La violencia contra las mujeres ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad[1].

• Su prevención es indispensable y fundamental, por ello, el personal sanitario (particularmente el de AP), juega un papel clave en la detección precoz y el abordaje integral y multidisciplinar de los malos tratos[1, 2].

• Los profesionales de Enfermería son un pilar fundamental en este aspecto, por su cercanía con la comunidad, su accesibilidad y el conocimiento del paciente y su contexto[1, 2, 3].

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

• Según la ONU, la VG es “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”[1, 2, 3, 4] .

• La OMS señala que la VG es un problema prioritario en SP, y requiere de intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios[1] .

• Aproximadamente el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual. El 38% de los asesinatos de mujeres se asocian a VG[1, 2].

• El porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian en España es relativamente bajo, entre un 2 y 10% del total[1, 5].

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO [2, 4, 5]

- I. VIOLENCIA FÍSICA:

  - Uso deliberado de la fuerza que provoque o pueda provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.
  - Cualquier forma de violencia física es también violencia psicológica.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO [2, 4, 5]

- II. VIOLENCIA SEXUAL:
  Imposición de un comportamiento sexual en contra de la voluntad de la mujer. Hay diferentes manifestaciones:

  - VIOLENCIA SEXUAL SIN CONTACTO CORPORAL: (Exhibicionismo, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones indeseadas, gestos obscenos…).

  - VIOLENCIA SEXUAL CON CONTACTO CORPORAL: (Tocamientos y violación).

  - VIOLENCIA CONTRA LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:
    (Cualquier actuación que restrinja a las mujeres su derecho a la salud sexual y reproductiva así como ejercer libremente su derecho a la maternidad).

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO [2, 4, 5]

- III. VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

  - Conducta intencionada y prolongada en el tiempo.
  - Atenta contra la integridad psíquica, emocional y la dignidad de la mujer.
  - Su objetivo es imponer las pautas de comportamiento que el agresor considera que tiene que tener su pareja.
  - Algunos ejemplos son: amenazas, insultos, humillaciones, vejaciones, aislamiento social, privación de libertad…
  - Este tipo de violencia es el menos visible y más difícil de demostrar. En muchas ocasiones ni siquiera es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter de su agresor.

CAUSAS DE FALTA DE DETECCIÓN SANITARIA DE MALOS TRATOS [1].

- Falta de formación de los profesionales:
- No saber cómo preguntar adecuadamente.
- Temor a invadir la esfera privada de la víctima.
- Miedo a perder el control de la situación.
- Limitaciones de tiempo.
- Miedo a ofender a la paciente.
- No saber cómo abordarlo una vez detectado.
- La ausencia de protocolos y las carencias formativas.

SÍNTOMAS E INDICADORES DE VG [2,5].

• S. físicos: cefalea, cervicalgia, dolor crónico general, molestias gastrointestinales y pélvicas, mareo, lesiones frecuentes...
• S. psicológicos: depresión, ansiedad, estrés, intentos de suicidio, baja autoestima, irritabilidad, trastornos alimentarios y del sueño, labilidad emocional, miedo, sentimiento de culpa...
• S. obstétrico-ginecológicos: ausencia de control de fecundidad, lesiones en genitales, dispaurenia, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, abortos de repetición, dismenorrea…
• Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
• Uso de los servicios sanitarios: periodos de hiperfrecuentación y de largas ausencias, uso repetitivo del servicio de urgencias, acude con la pareja cuando antes no lo hacía.
• Situaciones de mayor vulnerabilidad: embarazo, noviazgo, separación, aislamiento familiar y social, dependencia física o económica, situaciones de exclusión social.

RECOMENDACIONES DE LA OMS EN EL ABORDAJE SANITARIO DE LA VG [2].

• Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.

• Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.

• Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.

• Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.

• Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.

RECOMENDACIONES DE LA OMS EN EL ABORDAJE SANITARIO DE LA VG [2].

- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.

- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

- Establecer una coordinación con otros/as profesionales e instituciones.

- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

PLAN NACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VG[1].

- 2 objetivos prioritarios:
    1. Mejorar la respuesta frente a la VG.
    2. Conseguir un cambio en el modelo de relación social.
- 2 parámetros de actuación:
    1. La prevención:
    (primaria, secundaria y terciaria) .
    2. La sensibilización: proporcionar instrumentos para identificar los casos/situaciones de riesgo de VG, y recursos disponibles para su abordaje.
- 5 Ejes transversales:
    1. Investigación y estudio, 2. Formación y especialización de profesionales, 3. Movilización de actores, 4. Coordinación de todos los sectores y 5. Seguimiento y evaluación de las medidas establecidas.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL ABORDAJE A LA VÍCTIMA DE VG [1].

• El Consejo General de Enfermería español destaca dos campos en el abordaje de la VG: el educativo y el sanitario, sobre todo en el ámbito de la prevención, detección y rehabilitación de este problema.

• La formación debería incluir el aprendizaje de la entrevista psicosocial y, fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención.

• En el ámbito sanitario se están desarrollando programas formativos encaminados a potenciar las habilidades de las enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos tratos.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL ABORDAJE A LA VÍCTIMA DE VG [2,5].

- Es competencia de enfermería atender física y psicológicamente a la víctima, asesorarla sobre los recursos disponibles y colaborar en la realización del parte médico cuando sea necesario.

- El proceso enfermero es individualizado: cada caso es diferente al resto. Aún así, existen una serie de Diagnósticos Enfermeros comunes en la mayoría de las personas víctimas de malos tratos.

- A continuación se propone una serie de diagnósticos NANDA acompañados de los NOC: objetivos que se pretenden alcanzar (teniendo en cuenta que pueden variar en función del caso) y NIC: intervenciones y actividades que se pretenden desarrollar para lograr los objetivos ya citados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

1. VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA [2]

- Centrada en los signos y síntomas de violencia (Abordaje biopsicosocial de la situación de la violencia).
- Debe ser en un ambiente seguro, que garantice confidencialidad, empatía y escucha activa.
- No emitir juicios de valor y facilitar la expresión de sentimientos.
- La entrevista y seguimiento posterior permitirán afianzar los diagnósticos propuestos y que las intervenciones que se lleven a cabo sean eficaces, contribuyendo a favorecer el intercambio de información en el equipo multidisciplinar de manera organizada mediante un registro adecuado que no es otra cosa que el plan de cuidados de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

RIESGO DE SUICIDIO:

- Definición: riesgo de lesión auto-infligida que pone en peligro la vida.
- Objetivos: bienestar; conocimiento: control de consumo de sustancias, auto-contención del suicidio, control de la ansiedad.
- Intervenciones: apoyo emocional, aumento de los sistemas de apoyo, derivación, contacto telefónico.
- Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

DESESPERANZA:

- Definición: estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
- Objetivos: toma de decisiones, equilibrio emocional, esperanza, superación de problemas.
- Intervenciones: apoyo emocional, apoyo en toma de decisiones, aumentar los sistemas de apoyo, dar esperanza, grupo de apoyo, potenciación de la socialización, asesoramiento.
- Aplicable a maltrato: físico, sexual y psíquico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

RIESGO DE LESIÓN:

- Definición: riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.
- Objetivos: detección del riesgo, control del riesgo, conducta de seguridad: personal.
- Intervenciones: identificación de riesgos, manejo ambiental: prevención de la violencia, vigilancia, derivación.
- Aplicable a maltrato: físico, sexual y psíquico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

SÍNDROME POSTRAUMÁTICO:

• Definición: persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.
• Objetivos: cese del abuso, control del miedo, protección del abuso, recuperación del abuso emocional, recuperación del abuso físico, recuperación del abuso sexual, control de la ansiedad, calidad de vida, esperanza, imagen corporal.
• Intervenciones: asesoramiento, aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, disminución de la ansiedad, grupo de apoyo, manejo ambiental, orientación a la realidad, potenciación de la socialización, prevención de suicidios.
• Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES:

• Definición: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.
• Objetivos: adaptación psicosocial: cambio de vida, funcionamiento de la familia, normalización de la familia, soporte social, superación de problemas de la familia, estado de salud de la familia.
• Intervenciones: apoyo emocional, asesoramiento, asistencia para los recursos financieros, aumentar el afrontamiento, facilitar la expresión del sentimiento de culpa, mediación de conflictos, potenciación de la autoestima, aumentar los sistemas de apoyo.
• Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

TEMOR:

• Definición: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
• Objetivos: control del miedo, control de la ansiedad, superación de problemas.
• Intervenciones: apoyo emocional, apoyo en toma de decisiones, asesoramiento, aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, consulta por teléfono, disminución de la ansiedad, intervención en caso de crisis, potenciación de la seguridad, potenciación de la autoestima.
• Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5]

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:

- Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- Objetivos: adaptación psicosocial: cambio de vida, autoestima, toma de decisiones, recuperación del abuso: emocional, superación de problemas.
- Intervenciones: potenciación de la autoestima, potenciación de la imagen corporal, potenciación de la socialización, facilitar la expresión del sentimiento de culpa, apoyo en toma de decisiones, asesoramiento.
- Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5] :

ANSIEDAD:

• Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite el individuo tomar medidas para afrontarlo.
• Objetivos: control de la agresión, control de la ansiedad, habilidades de interacción social, resolución de la aflicción, adaptación psicosocial: cambio de vida.
• Intervenciones: aumentar el afrontamiento, disminución de la ansiedad, facilitar las visitas, grupo de apoyo, manejo ambiental, potenciación de la seguridad, asesoramiento.
• Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5] :

CONFLICTO DE DECISIONES:

• Definición: incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

• Objetivos: toma de decisiones, participación: decisiones sobre asistencia sanitaria, adaptación psicosocial: cambio de vida, soporte social, superación de problemas.

• Intervenciones: apoyo en toma de decisiones, aumentar el afrontamiento, consulta por teléfono, potenciación de la conciencia de uno mismo, clarificación de valores, aumentar los sistemas de apoyo.

•Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VG

2. DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES [2, 5] :

NEGACIÓN INEFICAZ:

- Definición: intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o el temor en detrimento de la salud.
- Objetivos: control del miedo, control de la ansiedad, conducta de búsqueda de la salud, equilibrio emocional, superación de problemas.
- Intervenciones: asesoramiento, aumentar el afrontamiento, disminución de la ansiedad, orientación a la realidad, apoyo en toma de decisiones.
- Aplicable a maltrato: físico, psíquico y sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Gallardo S, Criado Benítez G, Conde Muñoz B. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género: Sánchez Gallardo, Sonia.. VIII Congreso virtual sobre Historia de las mujeres; 2016.673-686. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5714526

2. Calvo González G. Camacho Bejarano, R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Revista Enfermería Global (Internet). Murcia; Enero 2014 vol 13. Nº33. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022

BIBLIOGRAFÍA

3. Robledo Martín, Juana. De la Fuente Aparicio, Diana. Salamanca Castro, Ana Belén. Sánchez Castro, Sara. Los factores que modulan las decisiones de las mujeres maltratadas. Revista Nure Investigación, enero – febrero 08; nº 32.
Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/371/362

4. González Arroyo, Antonio Alberto. Macías García, Jaime. Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería. Revista Nure Investigación, julio-agosto 06; nº 23.
Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/301

BIBLIOGRAFÍA

5. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
Disponible en:
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

6. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Marco Conceptual y ejes de Intervención; Madrid. Ministerio de igualdad, trabajo y asuntos sociales; 2006.
Disponible en:
https://www.cop.es/GT/Plan_nacional_sensibilizacion_prevencion_violencia_genero.pdf

TEMA 55. CÁNCER DE COLON: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO
MARTA ESPINOSA ATANCE
BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
4. FACTORES RELACIONADOS
5. DIAGNÓSTICO
6. CONCLUSIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es un tumor localizado en el intestino grueso, pudiendo aparecer desde la válvula ileocecal hasta el último tramo del recto. Según su localización, se diferencian en derechos o proximales e izquierdos o distales [1].

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma [1, 2, 3, 4] que representa hasta el 90% de los casos.

Los adenomas son las lesiones precursoras de la mayoría de cáncer de colon detectados. Se producen como consecuencia de alteraciones genéticas que conducen a la transformación del epitelio colónico, primero en adenoma y finalmente en adenocarcinoma [3].

2. EPIDEMIOLOGÍA

El carcinoma colorrectal es una de las neoplasias más prevalentes en los países occidentales. Ocupa el cuarto lugar en el mundo en términos de incidencia de cáncer [2].

En el mundo, cada año se registran aproximadamente un millón de nuevos casos de cáncer colorrectal y medio millón de muertes, con una tasa cruda mundial de mortalidad de 8,1/100.000 hab [1].

Estas cifras aumentan hasta un 25/100.000 hab en los países más desarrollados, mientras que en los menos desarrollados las muertes afectan a casi 4/100.000 hab [1].

En España representa la segunda causa de cáncer entre los tumores malignos estando precedida únicamente por la localización en pulmón en varones y por la mama en la mujer. Su incidencia en España se estima en unos 25.000 casos diagnosticados por año, con una mortalidad de alrededor del 50% [3].

El cáncer colorrectal afecta tanto a hombres como a mujeres. Su máxima incidencia es a partir de los 50 años, aumentando el número de casos a medida que avanza el número de años [2].

La supervivencia a la neoplasia de colon es del 92% para la enfermedad localizada, 64% para cáncer con metástasis regionales y 7% para los casos con metástasis a distancia en el momento del diagnóstico [2].

Son más frecuentes en el colon izquierdo y recto, siendo afectadas generalmente personas mayores de 60 años con una edad promedio de 63,7 años [1].

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas del cáncer de colon dependen del tamaño, localización y estadío del mismo.

Hasta el 40% de la población mayor de 50 años que presenta adenomas colorrectales se encuentra asintomática. El 80% de ellos, presenta uno o dos pólipos de menos de 1 cm, lo que se relaciona con un bajo potencial de malignización [3].

El crecimiento de los pólipos suele ser lento, entre 5 y 10 años. Los pólipos mayores de 1cm de tamaño se relacionan con un alto riesgo de desarrollar carcinoma in situ, lo que representa el 5 % de los casos [3].

En cuanto a la localización, según parece, en los tumores proximales prevalece el dolor abdominal, la pérdida de peso y la sangre oculta en heces [2].

Por otro lado, en las neoplasias distales, los signos más frecuentes son la disminución del calibre de la deposición y la hematoquecia [2].

4. FACTORES RELACIONADOS

- Edad

La incidencia de neoplasias de colon, así como de pólipos adenomatosos, aumenta con la edad, y no es hasta los 50 años cuando se observan las mayores tasas. Solamente el 3% de los casos aparece en personas menores de 40 años [2].

- Historia personal de neoplasia colorrectal.

El riesgo de aparición de esta neoplasia aumenta en personas con antecedentes de adenomas colorrectales.

Los pólipos y los adenomas tubulares únicos no se relacionan con un alto riesgo de desarrollar tumores metacrónicos. Sin embargo, pacientes con antecedentes de resección quirúrgica de cáncer colorrectal tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer recurrentes [2].

- Historia familiar del CCR

El riesgo de aparición de cáncer colorrectal aumenta al doble en personas descendientes de familiares que presentan neoplasia de colon [2,4].

Además, también se ve aumentada la incidencia de cáncer colorrectal si el individuo posee antecedentes personales de cáncer de ovario, endometrio y mamas, así como de adenomas en colon y recto [4].

- Enfermedad inflamatoria intestinal

La colitis ulcerosa crónica se relaciona con un aumento del número de casos de cáncer colorrectal, que va desde aproximadamente un 2% de los casos después de 20 años hasta un 43% después de 43 años [2].

- Dieta

Uno de los factores más influyentes en la aparición de neoplasia de colon depende de los nutrientes de la dieta.

Factores de riesgo

- La dieta rica en grasa. Existen discrepancias en esta relación. Los estudios que asocian ambos hechos, se basan en el aumento de la excreción de sales biliares [2, 4].
- La carne roja. Existe relación entre el tipo de preparación de la carne (frita y a la parrilla) y el potencial riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal. Cuando se consume carne con una superficie quemada, aumenta el riesgo en hasta un 50% [2, 3, 4].

Factores protectores

- Los vegetales y frutas. El consumo de vegetales ha sido uno de los predictores más consistentes para reducir el riesgo de cáncer colorrectal [2, 4]. El tránsito intestinal acelerado impide el contacto de los carcinógenos con la mucosa del colon, reduciendo de esta manera el riesgo de desarrollar la neoplasia [3].

- La fibra. Aumenta el bolo fecal, reduce la concentración de sales biliares secundarias procarcinogénicas e incrementa la concentración de ácidos grasos de cadena corta anticarcinogénicos [2].
- El calcio. Influye en la proliferación de mucosa dentro del colon, lo que podría reducir hasta un 20% la probabilidad de desarrollar cáncer de colon [2, 3].
- Los antioxidantes previenen la formación de carcinógenos neutralizando los compuestos de radicales libres [2].

- Hábitos de vida

El alcohol, eleva el riesgo de aparición de cáncer colorrectal de 2 a 3 veces cuando se produce un consumo excesivo [2]. Parece ser que no hay diferencia con el tipo de bebida que se consume, lo que sí se ha visto que influye es la cantidad de alcohol consumida, aumentando el riesgo de cáncer de colon a partir de un consumo de 30 gramos de alcohol por día [3].

El tabaco. Fumar representa un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de colon después de un período prolongado de latencia de > 20 años [2].

La actividad física. Se encuentra estrechamente ligada a la disminución del riesgo de cáncer de colon (40-50%), particularmente en el colon distal, a través de la estimulación del tránsito intestinal y reducción de los niveles de prostaglandina E2 [2].

La obesidad y la diabetes mellitus se encuentran relacionadas con un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de colon. Esto se debe a que el aumento de insulina a nivel del colon induce un efecto mitogénico en las células [3].

5. DIAGNÓSTICO [2, 5]

El diagnóstico de cáncer colorrectal resulta fundamental para poder establecer un tratamiento precoz y poder reducir el número de complicaciones. Fundamentalmente, se basará en la realización de un tacto rectal, examen de muestra de sangre oculta en heces y la realización de endoscopia. Encontramos diversas indicaciones:

1. En personas sin antecedentes personales ni familiares de cáncer o pólipos. El cribado comenzará a partir de los 50 años, ya que antes no está indicado si no hay antecedentes familiares. El cribado se podrá realizar por medio de una muestra de sangre oculta en heces de manera anual, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.

2. En personas menores de 50 años con antecedentes familiares de pólipos o de cáncer colorrectal, se hará el cribado de la siguiente manera:

-Si se trata de una familia con poliposis o cáncer colorrectal hereditario, o de un paciente con colitis ulcerosa o con enfermedad de Crohn, debe ser estudiada por especialistas y seguir recomendaciones especiales de cribado.

-Si la persona tiene dos o más familiares con pólipos o cáncer, o bien uno solo, pero que lo sufrió antes de los 60 años, se hará colonoscopia cada 10 años desde los 40 de edad, o desde una edad 10 años menor que la del familiar con cáncer cuando este se detectó.

-Si la persona tiene un solo familiar con pólipos o cáncer, afectado a edad de 60 años o más, el cribado se hará como en las personas de riesgo general (punto 1), pero empezando a los 40 años.

6. CONCLUSIÓN

El cáncer de colon es una de las neoplasias más frecuentes del siglo XXI y representa un importante problema sanitario, dada su alta incidencia y las tasa de morbi-mortalidad.

Se ha demostrado que el estilo de vida junto con los hábitos alimenticios influye en gran medida en el desarrollo de la neoplasia, de ahí la importancia de la educación en hábitos saludables desde la consulta de atención primaria.

Las pruebas de cribado son aconsejables en las personas de ambos sexos mayores de 50 años. Y son muy necesarias en el caso de tener familiares directos con cáncer colorrectal. Por tanto, se debe alentar a las personas que cumplen dichas condiciones a la realización del cribado de cáncer colorrectal, con el fin de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Tapia E Oscar, Roa S Juan Carlos, Manterola D Carlos, Bellolio J Enrique. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. Int. J. Morphol. 2010; 28(2): 393-398.
2. Galiano de Sánchez M. Cáncer colorrectal (CCR). Rev Col Gastroenterol. 2005; 20(1): 43-53.

3. Rodrigo L., Riestra S. Dieta y cáncer de colon. Rev. esp. enferm. dig. 2007 ; 99(4):183-189.
4. Rodríguez Fernández Zenén, Jean-Louis Bens, Lozada Prado Guido Alfonso, Joubert Álvarez Germán, Pineda Chacón Joel. Conocimientos vigentes acerca del cáncer de colon recurrente. MEDISAN. 2015; 19(6): 797-814.
5. Simón M. A.. Cribado del cáncer colorrectal. Rev. esp. enferm. dig. 2004; 96(1): 803-803.

TEMA 56. RESISTENCIA AL CAMBIO

MIRIAM ASENJO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- CICLO DE LA RESISTENCIA
- FACTORES DE RESISTENCIA
- ESTRATEGIAS DE TRABAJO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las personas experimentan una angustia emocional provocada por la perspectiva de una transformación o por el cambio.

Existen tres niveles de resistencia personal frente al cambio: no conocer o no saber, no poder, no querer.

JUSTIFICACIÓN

En las unidades o servicios sanitarios se ejerce una alta presión, directa e indirecta, lo que hace más difícil el tiempo de transición hasta la adaptación, lo que resiente la actividad de todo el grupo y por tanto la calidad en la prestación del servicio que realizamos.

CICLO DE LA RESISTENCIA

1. Etapa de choque. Nos exponemos por primera vez a la perspectiva del cambio.
2. Etapa de negación. Pretensión de que la necesidad de cambiar desaparezca.
3. Etapa de la ira, no podemos seguir negando el cambio.
4. Etapa de negociación, intentamos encontrar una "solución" para evitarlo.
5. Etapa de depresión, aceptamos que el cambio es inevitable.
6. Etapa de prueba, buscar soluciones realistas y buscamos nuevos patrones de afrontamiento que se adapten a la realidad.
7. Etapa de aceptación, encontrar el equilibrio que se había roto con el cambio.

FACTORES DE RESISTENCIA

- No comprender que el cambio es necesario, prefieren la regularidad, la previsibilidad.
- Miedo a lo desconocido.
- Falta de competencia y temor al fracaso.
- Apego a los hábitos.
- Imposición.
- Agotamiento y saturación.
- Disonancia cognitiva, punto de ruptura con algunas de nuestras creencias u opiniones.
- Escasa motivación.
- Mal momento.
- Predisposición personal ante el cambio, rasgos neuróticos, con un locus de control interno y con una escasa tolerancia a la ambigüedad.

ESTRATEGIAS DE TRABAJO

- Fijar objetivos que sean emocionalmente atractivos a la vez que estén bien definidos.
- Acciones concisas, concretas, claras y sencillas.
- Visión del beneficio a obtener.
- Concentrarse en un solo logro y, que esté, requiera poca inversión de tiempo.
- Respetuoso con nuestros valores.

CONCLUSIÓN

Un cambio siempre es una oportunidad de autodescubrimiento. Es fundamental desarrollar un nivel de tolerancia al cambio que nos permita adaptarnos a la nueva situación.

Es un proceso natural que venceremos más fácilmente si trabajamos en el desarrollo de nuevas competencias y nuevos modos de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

Delgado Suarez, J. ¿Qué es la resistencia al cambio? Septiembre 2017. Rincón de la psicología. Disponible en: www.rinconpsicologia.com/2017/09/que-es-resistencia-al-cambio-individual.html

De Miguel, M. L. Estrategias para trabajar la resistencia al cambio. Inteligencia emocional. Febrero 2016. Disponible en: http://alquimiacoach.com/6-estrategias-trabajar-la-resistencia-al-cambio/

González García, A. Resistencia al cambio. Febrero 2015. Disponible en: http://www.gestiondeenfermeria.com/resistencia-al-cambio/

TEMA 57. VIOLENCIA DE GENERO: UN RETO PARA EL S.XXI

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ
RAQUEL LÓPEZ TURPIN
NIEVES ASENCIO LÓPEZ
MARIA EULALIA VERA NIETO

INTRODUCCION

La violencia de género está presente en todo el mundo en forma de abusos y agresiones. La ONU estima que una de cada tres mujeres en todo el mundo a sufrido violencia física o sexual en algún momento de su vida.

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel económico o las áreas con mayor privación material presentan unos índices de salud que denotan una peor situación.

INTRODUCCIÓN

Aunque la violencia de genero es un problema generalizado y adopta muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes de la vida de las personas desde la calle, el trabajo, la escuela y principalmente en sus hogares. La ejercen y la sufren tanto mujeres como hombres, aunque la mayoría de la violencia, independientemente de su forma, de su naturaleza o consecuencias, es perpetrada por varones.

OBJETIVOS

- Adquirir habilidades que permitan aprender y resolver los conflictos de forma pacifica.

- Resaltar de igual forma los valores masculinos y femeninos.

- Educar para adquirir una identidad personal tolerante y diferenciada para que la convivencia en la sociedad llegue a ser igualitaria y plural.

- Fomentar actitudes positivas de convivencia basadas en el dialogo y la comprensión

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde 2003 hasta 2016. Las bases de datos utilizadas: Medlin, Scielo y Medes. Se registro la búsqueda a artículos disponibles en ingles y español en artículos disponibles a texto completo. Descriptores utilizados: violencia de genero, adquisición de habilidades, colegios… Tras la búsqueda realiza y un proceso posterior de filtración fueron seleccionados 7 artículos.

RESULTADOS

Actualmente, la mayoría de los datos internacionales de prevalencia de violencia de genero provienen de estudios transversales: encuestas poblacionales o encuestas en ámbitos sanitaros.

Los resultados de esos estudios realizados en diferentes países y poblaciones presentan una gran variabilidad.

RESULTADOS

Hay evidencias de que las mujeres maltratadas hacen un uso más intenso de los servicios sanitarios, incluyendo las consultas de atención primaria y los servicios de urgencias, frecuentemente con quejas que enmascaran el problema de fondo.

La alarma social causada por la publicación repetida de noticias relacionadas con la violencia de género acompañada por la percepción de los profesionales sanitarios ha hecho que estos últimos presenten l necesidad de una formación específica y de protocolos de actuación ante dichos casos.

CONCLUSIONES

Desde mi punto de vista, harían falta más recursos e interdisciplinaridad para poder afrontar los desafíos de investigar un tema tan complejo.

La violencia en la mujer es un problema mundial, que atraviesa razas, países y diversas sociedades con bajo y alto nivel socioeconómico, pues es un fenómeno cultural, arraigado en la sociedad y predeterminado por la estructura patriarcal.

BIBLIOGRAFÍA

Vives-Cases Carmen, Gil-González Diana, Carrasco-Portiño Mercedes, Álvarez-Dardet Carlos. La violencia de género en la agenda del Parlamento español (1979-2004). Gac Sanit [Internet]. 2006 Abr [citado 2018 Jun 29] ; 20(2): 142-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200009&lng=es.

BOSCH FIOL, E, FERRER PÉREZ, VA. La violencia de género: De cuestión privada a problema social. Psychosocial Intervention [Internet]. 2000;9(1):7-19. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244002

BIBLIOGRAFÍA

Carbajosa Pablo, Boira Santiago. Estado actual y retos futuros de los programas para hombres condenados por violencia de género en España. Psychosocial Intervention [Internet]. 2013 Ago [citado 2018 Jun 29] ; 22(2): 145-152. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592013000200008&lng=es. http://dx.doi.org/10.5093/in2013a17.

TEMA 58. DIFERENCIAS HEMISFÉRICAS CEREBRALES

PEDRO PADILLA ROMERO

MARÍA TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN
• CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES
• LATERALIZACIÓN
• DIFERENCIAS HEMISFÉRICAS RESPECTO AL SEXO
• ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA
• CONCLUSIONES
• BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El tema de la asimetría cerebral ha sido uno de los más representativos de la Neuropsicología, no sólo por ser un tema central en el desarrollo histórico de esta disciplina, sino porque refleja una característica fundamental de la organización del sistema nervioso.

Los principales procesos psicológicos presentan un mayor o menor grado de diferenciación hemisférica. Durante un largo tiempo el interés se centró exclusivamente en los procesos verbales y, consecuentemente, en el papel dominante del hemisferio izquierdo. Posteriormente, los primeros datos sobre la alteración del procesamiento espacial y musical como consecuencia de lesiones derechas, llevaron a asignar las "funciones no verbales" al hemisferio derecho, hasta entonces considerado como hemisferio "menor, "dominado".

Se configura así la llamada dicotomía Verbal-No Verbal: el hemisferio izquierdo considerado como el hemisferio del lenguaje y el HD como el hemisferio de las funciones no lingüísticas. Sin embargo, las propias investigaciones en este campo van aportando resultados que demuestran que esta dicotomía, planteada en términos absolutos no puede mantenerse. En la actualidad, se contempla el fenómeno de la asimetría funcional cerebral como un fenómeno de grado no de "todo o nada": un hemisferio predomina sobre el otro en el control de una determinada función, pero la función no puede adjudicarse de forma exclusiva y absoluta a ese hemisferio.

Existen cuatro grandes enfoques tradicionales para la caracterización de la especialización hemisférica: (a) la investigación neuropsicológica de los pacientes con lesiones cerebrales o divisiones iatrogénicas del cuerpo calloso;

(b) evaluación psicológica de las diferencias de rendimiento hemisférica utilizando taquistoscópica visual o dicótica auditiva como técnicas de presentación de estímulo; (c) las investigaciones post-mortem de los cerebros humanos que se centran en diferencias en las propiedades microestructurales entre regiones homotópicas de los dos hemisferios y (d) los estudios in vivo de los dos las asimetrías estructurales y funcionales utilizando una variedad de técnicas, por ejemplo, resonancia magnética (RM) la morfometría, la tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética funcional (fMRI), electroencefalograma (EEG) y magnetoencefalografía (MEG). Todos estos enfoques han sido complementarias y enormemente útil en la delimitación de las asimetrías cerebrales.

CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

-Dominancia cerebral: predominio de un hemisferio sobre otro en una determinada función cognitiva.
-Asimetría cerebral: una zona del cerebro tiene una capacidad de información diferente a la región homóloga correspondiente.
-Lateralización: consecuencia de la distribución de funciones que se establecen entre los dos hemisferios cerebrales. De dicha distribución depende la utilización preferente de un lado o el otro (derecha-izquierda) del cuerpo para ejecutar determinadas respuestas o acciones.
-Especialización: característica principal de la organización funcional del Sistema Nervioso Central. Concepto de dominancia cerebral modificado.

HEMISFERIO IZQUIERDO	**HEMISFERIO DERECHO**
Verbal: usa palabras para nombrar	No verbal: tiene conocimiento de las cosas, describir, definir pero con una relación mínima de palabras
Analítica: solución de las cosas paso a paso	Sintética: une las cosas para formar todos o conjuntos
Abstracta: toma un pequeño fragmento de la información y lo usa para representar el todo	Analógica: ve semejanzas entre las cosas, comprende las relaciones metafóricas
Simbólica: usa un símbolo para representar algo	Concreta: se relaciona con las cosas tal como algo. Son el momento presente
Temporal: lleva cuenta del tiempo y ordena las cosas en sucesión unas de otras	Atemporal: no tiene sentido del tiempo
Digital: usa números como el contar	Espacial: ve las relaciones entre una cosa y otra, y la manera como las partes se unen para formar un todo
Lógica: extrae conclusiones basándose en datos	Intuitiva: da saltos de comprensión, con frecuencia se basa en datos incompletos
Lineal: piensa en función de ideas encadenadas, de modo que un pensamiento sigue directamente a otro, y esto suele conducir a una concusión convergente.	Holística: ve la totalidad de las cosas, percibe formas y estructuras en su conjunto.

LATERALIZACIÓN

AUDICIÓN

Los resultados disponibles sobre la lateralización del procesamiento de los datos puramente vocales, es decir, privado de claves lingüísticas, muestran que las áreas del cerebro involucrados en este análisis se encuentran principalmente en la parte superior de los lóbulos temporales, y que el equilibrio entre los dos lados del cerebro se inclina hacia la derecha. Esta afirmación se basa en los estudios de comportamiento en primates no humanos y humanos, así como en los estudios de neuroimagen en humanos.

La competencia entre el hemisferio derecho e izquierdo en el procesamiento de la voz puede ser visto como un proceso paralelo en el que componentes individuales de las poblaciones neuronales se dedican al análisis de los aspectos físicos de la única voz. Esta perspectiva se basa en la visión actual de que la especialización hemisférica se estructura en un parámetro específico, en lugar de una forma de dominio específico.

De acuerdo con la hipótesis de parámetros específicos, la clásica dicotomía relacionada con el dominio (discurso a la izquierda contra la derecha no habla) cambia a un examen físico que asigna una mejor resolución a la corteza auditiva temporal izquierda.

VISIÓN: PERCEPCIÓN DE LAS CARAS

La percepción de la cara es una cuestión de la especialización del hemisferio derecho que fue estudiada a partir de rostros quiméricos (estímulos obtenidos la yuxtaposición de las mitades izquierda y derecha de caras diferentes), de los estudios mediante la técnica de dividir el campo visual, de pruebas neuropsicológicas en el cerebro lesionado en pacientes con deficiencias selectivas en el reconocimiento de rostros (Prosopagnosia), y desde el trabajo en pacientes con el cerebro dividido. La historia resultó ser más complicada con el advenimiento de las técnicas de neuroimagen, con las que la superioridad del hemisferio derecho en la percepción de rostros se volvieron menos claras que como se había visto con las investigaciones previas haciendo uso de los paradigmas de comportamiento. La investigación ha establecido que los análisis de las caras en el cerebro humano dependen de una red de distribución cortical que implica una serie de regiones en ambos hemisferios.

Los recientes trabajos en primates no humanos respaldan la existencia de dicha red. Sin embargo, trabajos neurofisiológicos en primates demuestran que algunos aspectos del procesamiento de la cara son más lateralizados, sobre todo hacia el hemisferio derecho. Las regiones cerebrales involucradas en el primate (mediante neuroimagen) en la percepción de la identidad de la cara son las zonas del giro inferior occipital, el giro fusiforme, la zona temporal superior y la corteza temporal inferior anterior (AIT).

La contribución relativa de estas regiones, evaluados por resonancia magnética funcional durante una serie de pasivos y activos tareas en los distintos tipos de estímulos faciales, parece ser diferencial, algunas regiones están más involucrados en la análisis de características “estables”

necesarias para reconocer de identidad y otras regiones más involucrados en el análisis de características “variables” necesarias para las intenciones de proceso y señales visuales para la comunicación (es decir, la mirada de la dirección y movimientos de los labios). A pesar de esto, se supone una mayor participación del hemisferio derecho durante la identificación de las caras, mientras que el hemisferio izquierdo podría implicarse en un proceso general de reconocimiento de objetos.

LENGUAJE

La asimetría auditiva y la preferencia de la mano son los rasgos que los seres humanos comparten con los primates. Ambos se han propuesto como el origen funcional de la dominancia cerebral en el habla y el lenguaje. Estudios como el de Morillon et al. intentan estudiar el origen de dicha lateralización. Se obtuvieron simultáneamente por resonancia magnética funcional (FMRI) y electroencefalografía (EEG), en descanso y mientras se ve un estímulo la validez ecológica para identificar si la actividad electrofisiológica del cerebro se correlaciona con las oscilaciones en las bandas de frecuencia en relación con la silábica y la fonética componentes del discurso. Se llegó a una conclusión compatible con la observación de que la silábica es universal y tal vez se específica de forma innata, mientras que los fonemas pueden ser adquiridos en el transcurso del desarrollo en determinados contextos lingüísticos.

Desde una perspectiva ontogénica, estos resultados apoyan la teoría de que el proceso evolutivo que dio lugar al desarrollo del lenguaje hablado fue a partir de la combinación de sílabas, como conjunto de vocalizaciones integrado con gestos manuales. A su vez, el estudio sugiere que las zonas cerebrales implicadas en la producción del lenguaje se localizan de forma prevalente en el hemisferio izquierdo frente al hemisferio derecho.

MEMORIA

Las asimetrías de codificación, principalmente de memoria verbal, observadas en estudios de neuroimagen, demuestran que el hemisferio izquierdo es más activo (en particular en prefrontal y regiones mediales temporales, que se asocian con el procesamiento de la memoria). Durante la fase de recuperación de la memoria, sin embargo, la activación es más bilateral, con una amplia activación del hemisferio izquierdo que se complementa con aportaciones del hemisferio derecho de la corteza frontal polar.

EMOCIÓN

Cuando los estímulos emocionales son más complejos, son las estructuras corticales las encargadas de procesarlos y producir una respuesta. Tal y como se ha mostrado, las principales regiones corticales implicadas en la emoción parecen encontrarse ubicadas en la región prefrontal, siendo especialmente relevantes las regiones órbitofrontal y prefrontal medial. Sin embargo, la investigación actual no se pone de acuerdo acerca del papel que juega el lóbulo frontal en la emoción. Así, mientras unos estudios conceden un papel más relevante a las estructuras del hemisferio derecho, otros autores encuentran un procesamiento hemisférico diferencial de los estímulos emocionales, con el hemisferio derecho encargado del procesamiento de estímulos de contenido negativo y el hemisferio izquierdo de los de contenido positivo.

DIFERENCIAS HEMISFÉRICAS RESPECTO AL SEXO

Actualmente se ha descrito la existencia de diferencias sexuales en la neuropsicología de la cognición. Ha sido demostrado que las mujeres aventajan a los hombres en habilidades verbales, en motricidad fina y en velocidad perceptiva, mientras que los hombres adultos tienen mayor habilidad para resolver pruebas espaciales. Algunas diferencias sexuales de la función cognitiva han quedado demostradas, así los hombres realizan mejor que las mujeres tareas visoespaciales y las mujeres llevan a cabo las tareas verbales mejor que los hombres. Los niños superan a las niñas en una relación 13 a 1 en la capacidad para el razonamiento matemático avanzado. Aunque estas diferencias son estadísticamente significativas, a menudo se basan en un gran número de personas y existe una superposición significativa de esas funciones entre sexos.

Estas diferencias cognitivas se pueden explicar mediante seis hipótesis: organización cerebral diferente, factores endocrinos, medio ambiente social, modelo genético, velocidad de maduración e hipótesis antropológica.

Tomando en conjunto los diferentes datos, todo indica que las diferencias sexuales en la organización cerebral son debidas, en parte, a factores biológicos (hormonales, genéticos, madurativos, etc.) y, en parte, pueden ser moduladas por lo sociocultural, sobre todo en lo que se refiere al modo cognoscitivo.

Esta línea de investigación nos hace pensar que habrá que tener en cuenta este dimorfismo sexual cerebral para explicar las diferencias en cuanto al sexo en ciertas patologías neuropsiquiátricas.

ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA

El cuerpo humano en su conjunto es una máquina semi-perfecta gracias a la integración de los órganos y aparatos dentro de una dinámica funcional. Es el Sistema Nervioso Central, quizá el sistema que yo consideraría de mayor importancia dado el control que ejerce sobre las acciones tanto conscientes como inconscientes, autónomas como voluntarias y la supremacía sobre los demás órganos del cuerpo humano. En el reside la psique, con la esencia, alma o espíritu (distintos términos según nos refiramos a disciplinas más científicas o más filosóficas). Lo cierto es, que gracias al sistema nervioso central y más en particular al cerebro, es como el ser humano puede ejercer sus funciones e interactuar con el medio que le rodea.

Como MIR de Psiquiatría, una disciplina a día de hoy casi exclusivamente clínica, el estudio del cerebro, tanto anatómica como funcionalmente, aporta las bases del conocimiento para la práctica de la psiquiatría. En patologías psiquiátricas, en las que hoy en día no existe una teoría neurobiológica definida para ser explicadas, el hecho de un estudio de la conducta y de la psicobiología cognitiva favorece la comprensión de la mente sana y partiendo de este punto, se puede llegar a comprender la mente enferma.

CONCLUSIONES

El cerebro en su totalidad puede ser considerado como un "motor social", por el cual, a través de la interacción entre los dos hemisferios, con sus diferencias y asimetrías, logramos los juicios necesarios para la selección del parentesco, la cooperación, la competencia y la comprensión de los estados afectivos necesarios para interactuar. En definitiva, las funciones del sistema nervioso se adaptan a la naturaleza interactiva de la sociabilidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

•Stephan KE, Fink GR, Marshall JC. Mechanisms of hemispheric specialization: insights from analyses of connectivity. Neuropsychologia. 2007 Jan 28;45(2):209-28. Epub 2006 Sep 1.

•Barroso J, Nieto A . Estudio de la asimetría cerebral con sujetos neurológicamente normales: procedimientos visuales. Conferences topic: Basic Neurophysichology.

•Castro-Cantillo AE. Especialización hemisférica de los lóbulos corticales. DUAZARY, 2do SEMESTRE DE 2008, Vol. 5 Nº 2

•Brancucci A, Lucci G, Mazzatena A, Tommasi L. Asymmetries of the human social brain in the visual, auditory and chemical modalities. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2009 Apr 12;364(1519):895-914.

• Morillon B, Lehongre K, Frackowiak RS, Ducorps A, Kleinschmidt A, Poeppel D, Giraud AL. Neurophysiological origin of brain asymmetry for speech and language. Proc Natl Acad Sci U S A. 2010 Oct 26;107(43):18688-93. Epub 2010 Oct 18

• Evans KM, Federmeier KD. Left and right memory revisited: electrophysiological investigations of hemispheric asymmetries at retrieval. Neuropsychologia. 2009 Jan;47(2):303-13. Epub 2008 Sep 4

• Federmeier KD, Benjamin AS. Hemispheric asymmetries in the time course of recognition memory. Psychon Bull Rev. 2005 Dec;12(6):993-8.

• Sánchez-Navarro JP, Román F. Amígdala, corteza prefrontal y especializacion hemisferica en la experiencia y expresión emocional. Anales de psicología. 2004, vol. 20, nº 2 (diciembre), 223-240

• Kaviani H, Kumari V, Wilson GD. A psychophysiological investigation of laterality in human emotion elicited by pleasant and unpleasant film clips. Ann Gen Psychiatry, 2010 Nov 25;9:38.

• Gorski, R.A. (2001). Diferenciación sexual del sistema nervioso. En E.R. Kandel, J.H. Schwartz y T.M. Jesssell (eds.), Principios de Neurociencia (pp. 1131-1147). McGrawHill-Interamericana.

• GIL-VERONA et al. Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/. 2003, Vol. 3, Nº 2, pp. 351-361

TEMA 59. CASO CLÍNICO DE GESTANTE A TÉRMINO MARROQUÍ RECIÉN LLEGADA A ESPAÑA PARA DAR A LUZ

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Mª EULALIA VERA NIETO

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Gestante marroquí que acude al servicio de urgencias del hospital con dinámica de parto. Barrera idiomática importante. No tenemos ningún documento ni información objetiva relativa al proceso de embarazo. El acompañante entiende muy poco el español y nos informa de que el embarazo no ha sido controlado en su país y que llegaron la noche anterior a España para instalarse en casa de unos conocidos. Nos comenta que está embarazada de unos 8-9 meses. Al no presentar analíticas ni informes de revisiones obstétricas se procede a un diagnóstico rápido de posibles enfermedades maternas que puedan influir al bebé negativamente.

DESCRIPTORES:

Inmigración, embarazo no controlado, barrera idiomática, coste económico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 145/90 mmHg, FC 89 l.p.m, SatO2 100%, Tª 36.9ºC. Se realiza valoración integral, dificultad para la anamnesis por barrera idiomática importante. Por lo que podemos entender que su fecha de última regla fue hace unas 40 semanas, por lo que se considera el embarazo a término.
Amniorrexis hace 3h, cuello borrado, dilatación 5cm. Posición cefálica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea completa con serología, a la espera del resultado por el laboratorio. Se desconoce el SGB, VHB, VIH, todos ellos de máxima importancia a la hora de tratar al RN.
Ecografía abdominal: No es posible por la inminencia del parto.

JUICIO CLÍNICO:

Una vez realizada la anamnesis con bastante dificultad y tras la exploración física la paciente se queda en paritorio por la posibilidad de parto inminente, puesto que la dilatación está siendo rápida y no solicita la epidural.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Al ser una gestación a término con dinámica de parto no se plantea la realización de diagnóstico diferencial.

CONCLUSION:

Durante la asistencia en el hospital, algunos problemas en la atención sanitaria derivan de los déficits de comunicación entre los profesionales y las mujeres inmigrantes, debido a barreras lingüísticas y culturales que dificultan la relación entre ambos. En el caso concreto del parto, existen diferencias sociales, culturales, religiosas y de género, que afectan a la vivencia del parto y a la interacción con el recién nacido. En nuestro caso clínico se añade además en problema de la llegada inmediata de la gestante a nuestro país, por lo que no está nada adaptada a nuestra cultura y lleva consigo una situación estresante por lo vivido los últimos días.

Los protocolos a seguir con el RN son distintos de un embarazo controlado y más acelerados. Por ello precisamos de unas pruebas diagnósticas para poder tratar al bebé lo antes posible en caso de precisarlo (vacunas, antibioterapia, control exhaustivo de constantes vitales, etc.)

Por supuesto, a todo esto hay que añadir el gasto económico que supone a nuestro país la inmigración ilegal y el derecho que adquiere ese bebé a la nacionalidad española . Se trata de un problema económico y social importante para nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luque Fernández Miguel Angel, Oliver Reche María Isabel. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. Index Enferm [Internet]. 2005 [citado 2018 Jun 29] ; 14(48-49): 9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es.

2. Blasco G Laura, Nuñez M Vanesa, Cruceyra B Mireia, Magdaleno D Fernando, García B Silvia. Enfermedad de Chagas y embarazo. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2011 [citado 2018 Jun 29] ; 76(3): 162-168. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300005.

3. Cots F., Castells X., Ollé C., Manzanera R., Varela J., Vall O.. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit [Internet]. 2002 Oct [citado 2018 Jun 29] ; 16(5): 376-384. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000500003&lng=es.

TEMA 60. ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

CRISTIAN GARVÍN CAMPANARIO

LIDIA RAMÍREZ GALAFATE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

2. IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

3. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.
   - 3.1. DETECCIÓN.
     - 3.1.1. INDICADORES DE SOSPECHA Y SITUACIONES DE VULNERABILIDAD.
   - 3.2. VALORACIÓN.
   - 3.3. INTERVENCIÓN.
     - 3.3.1. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA PERO NO RECONOCE LOS MALOS TRATOS.

3.3.2. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS SIN PELIGRO EXTREMO.
3.2.3. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS CON PELIGRO EXTREMO.

4. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS.
4.1. SENSIBILIZACIÓN DE PROFESIONALES.
4.2. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES.
4.3. ACTUACIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”

(Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993)

En la actualidad podemos definir distintas formas de violencia contra las mujeres:

- **Violencia física:** engloba cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, que provoque o pueda provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Cualquier forma de violencia física es también violencia psicológica.

- **Violencia sexual:** se produce siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, ya sea mediante chantaje, amenazas o la fuerza.

- **<u>Violencia psicológica:</u>** se da cuando existe una conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y psicológica de la mujer y contra su dignidad, teniendo como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera. Sus manifestaciones suelen ser: amenazas, insultos y humillaciones, aislamiento social, privación de libertad, chantaje emocional, rechazo o abandono.

Cualquiera de estas formas de violencia que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

2. IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El personal de los servicios sanitarios puede desempeñar un papel crucial en la ayuda a las mujeres que son víctimas de violencia de género, ya que la mayoría de ellas están en contacto con ellos en algún momento de sus vidas, ya sea por consulta de demanda o preventiva, embarazo o parto, cuidado de los hijos, etc.

Es importante saber que las mujeres que sufren violencia de género en cualquiera de sus formas, acudirán de forma frecuente a los servicios sanitarios, especialmente a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental. Es por esto que deducimos que las necesidades de estas mujeres son multidimensionales, por lo que es necesaria la intervención sanitaria desde un punto de vista multidisciplinar.

3. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

3.1. DETECCIÓN

Cualquier profesional sanitario de Atención primara debe investigar la posibilidad de sufrir maltrato de toda mujer que acude a consulta y no figura en su historia que se le haya preguntado. Esto puede llevarse a cabo mediante preguntas y/o directamente informándole que dada la alta frecuencia del maltrato, actualmente “se pregunta a todas las mujeres que acuden a consulta sobre esta posibilidad”.

Se preguntará siempre que las condiciones de seguridad lo permitan y teniendo en cuenta las normas que se aconsejan al respecto (condiciones de confidencialidad, no presencia de la pareja).

Suele ser más elevada la frecuentación en consultas de medicina y enfermería, por lo que estos profesionales son los que cuentan con mayor posibilidad de detección. También los equipos de Salud Mental.

3.1.1. INDICADORES DE SOSPECHA Y SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

1. **Antecedentes de violencia:** haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja, haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia.

2. **Antecedentes personales y de hábitos de vida:** lesiones frecuentes, dolores, abuso de alcohol y otras drogas…

3. **Problemas gineco-obstétricos:** historia de abortos repetidos, hijos con bajo peso al nacer, retraso en la solicitud de atención prenatal, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, lesiones en genitales, abdomen o mamas durante el embarazo, ausencia de control de la fecundidad…

4. **Síntomas psicológicos:** insomnio, depresión, irritabilidad, intentos de suicidio, baja autoestima…

5. **Aspectos sociales:** aislamiento, bajas laborales escasas relaciones fuera de la familia…

6. **Síntomas físicos frecuentes:** cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, dificultades respiratorias, molestias pélvicas, dolor crónico en general…

7. **Utilización de servicios sanitarios:** periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono, incumplimiento de citas o tratamientos, frecuentes hospitalizaciones, acudir con la pareja cuando antes no lo hacía, uso repetitivo de las urgencias…

❑ SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD:

- **Situaciones de cambio vital**: embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja.

- **Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:** tener hijos y personas dependientes a su cargo, aislamiento familiar y social, migración interna o extranjera, enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, ausencia de habilidades sociales.

- **Situaciones de exclusión social:** prisión, prostitución, pobreza.

- **Infección por VIH.**

3.2. VALORACIÓN

Una vez que la mujer ha reconocido ser víctima de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a:

1. Una valoración integral, incluyendo exploración minuciosa de las lesiones, del estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y su finalidad.

2. Se evaluará si ésta se encuentra en situación de peligro extremo.

3. Se explorarán sus expectativas y la situación en que se encuentra en relación a la toma de decisiones sobre cambios en su vida.

3.3. INTERVENCIÓN

Una vez confirmada la sospecha de malos tratos hacia una mujer, no se llega al fin de la actuación por parte del personal sanitario, sino que es a partir de ese momento, cuando se debe desarrollar una labor de información a la mujer, atención y trabajo en consulta, así como su derivación cuando lo requieran las características del caso.

3.3.1. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA PERO NO RECONOCE LOS MALOS TRATOS

- Se registrará en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.

- Se informará a la mujer de la valoración realizada sobre la situación en la que se encuentra.

- Trabajo en consulta-seguimiento:

  - Establecer una relación de confianza.

- Trabajar sobre la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en la salud.

- Atención integral de los problemas encontrados.

- Planificar visitas de seguimiento.

- Proponer la participación en intervenciones grupales.

- Si la situación se valora como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.

3.3.2. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS SIN PELIGRO EXTREMO

- Se registrará en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.

- Se informará a la mujer de la valoración realizada sobre la situación en la que se encuentra.

- Trabajo en consulta-seguimiento:

  - Trabajar sobre la toma de conciencia acerca del impacto en su salud por la relación de maltrato que está viviendo.

- Atención integral de los problemas encontrados.

- Establecer un plan de consultas de seguimiento para: plantear y favorecer la toma de decisiones sobre cambios en su situación, acompañarla en el afrontamiento de su situación, prevenir nuevas situaciones de violencia, ofertar la participación en intervenciones grupales.

- Derivar: al personal de trabajo social o a los recursos adecuados a la situación en que se encuentra.

- Emitir parte de lesiones cuando proceda.

- Cuando la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tiene sospechas fundadas, se recomienda comunicar a la fiscalía dicha situación.
- Actuación con los hijos y otras personas dependientes si las hubiera.

3.3.3. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS CON PELIGRO EXTREMO

- Se registrará en la historia el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.

- Conocer la situación familiar.

- Se informará a la mujer de la valoración realizada de la situación de peligro en que se encuentra y se le plantearán posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.

- Emitir el parte de lesiones e informe médico, y remitirlo al juez, entregando una copia a la mujer.

- Derivar con carácter urgente a trabajo social o los servicios de apoyo 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas. Actuar siguiendo el protocolo de coordinación interinstitucional de la Comunidad Autónoma.

4. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Debemos incluir en la violencia de género actuaciones de Salud Comunitaria y de Educación para la Salud.
Las actividades de prevención de la violencia de género se agrupan en 3 áreas: Sensibilización de profesionales, Atención integral a las mujeres y Actuaciones en el ámbito comunitario.

4.1. SENSIBILIZACIÓN DE PROFESIONALES

- Fomentar la formación continuada del personal sanitario en prevención, detección precoz y atención integral a la mujer y sus hijos. Enfatizando en la formación en competencias interculturales.

- Convocar sesiones clínicas sobre casos reales que se hayan abordado en el centro o servicio.

- Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones.

- Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en menores que presencian violencia de género.

4.2. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES

- Informar de que la violencia de género es objeto de atención sanitaria y que se les puede ofrecer ayuda.

- Fomentar actitudes, valores y actividades que favorezcan su autonomía personal y el ejercicio de sus derechos personales.

- Incluir en las actividades de educación para la salud, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia de género.

4.3. ACTUACIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Colaborar con asociaciones a través de talleres, jornadas y charas sobre la violencia de género, explicando el papel del personal sanitario.

- Proponer y participar en acciones y campañas que estén realizando las instituciones y organizaciones.

- Colaborar con el entorno escolar en favorecer modelos coeducativos eficaces como prevención de la violencia de género.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 2ª Edición, 2015.

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Disponible en: www.violenciagenero.msssi.gob.es

TEMA 61. TE GUSTAN LOS PIERCINGS O TATUAJES. PIÉNSATELO

RAQUEL PARDO SALAMANCA
EVA Mª BLANCO LOPEZ
ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVO.
3. MÉTODO.
4. RESULTADOS.
5. CONCLUSIONES.
6. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la realización de piercings y tatuajes se ha convertido en una práctica muy popular, especialmente entre los más jóvenes.
Piercings: es la perforación hecha en una parte distinta del lóbulo de la oreja para insertar pendientes, aros u otros ornamentos.
Tatuajes: es un dibujo grabado en la piel, mediante la introducción de pigmentos en la dermis.
Esta técnica implica ciertos riesgos, entre los que podemos mencionar la transmisión de infecciones que pueden ser localizadas y/o generalizadas (VIH, hepatitis A, B, C) y reacciones alérgicas (hipersensibilidad, granulomatosas, cicatrices hipertróficas, queloides) pudiendo tener consecuencias graves a medio-largo plazo.

OBJETIVO

Instruir a los profesionales de enfermería de cómo prevenir y tratar las complicaciones.

MÉTODO

Para conseguir nuestro objetivo, se utilizan testimonios de grupos de profesionales a través de dos preguntas planteadas:
¿Conoces la técnica de realización de los piercing y tatuajes?.
¿Sabes cómo prevenir y tratar las complicaciones?.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras plantear estas preguntas, expresan la percepción y opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a estas técnicas:
Destacan que son prácticas que se suelen realizar en centros privados y que no están muy familiarizados con ello.
Y que conocen algunas de las consecuencias aunque no se presentan diariamente en nuestra práctica clínica.

CONCLUSIONES

A)Tatuajes:

1.Complicaciones:

·Reacciones inflamatorias (dermatitis de contacto alérgica, granulomatosas, pseudolinfomatosas, hiperplasia pseudoepiteliomatosa)

·Enfermedades infecciosas generalmente debidas a la técnica o las condiciones higiénicas tales como: piodermitis, impétigo, celulitis, erisipela, hepatitis B, C, VIH, tétanos, sífilis, tuberculosis, virus del papiloma humano, por lo que no está permitido donar sangre hasta 6-12 meses después de realizarse un tatuaje.

·Tumores en casos aislados.

2.Prevención :

·Dolor, evitar zonas próximas a prominencias óseas.

·Producto utilizado: los pigmentos deben poseer un registro sanitario, tener una limitación en la composición de los tintes, excluyendo sustancias cancerígenas y tóxicas. Garantizar la esterilidad del producto, debiendo llevar la identificación de éste y del fabricante.

·Sangrado y hemorragia, utilizar gasas estériles, aplicar antiséptico y vendaje.

3.Procedimiento:

.Se debe utilizar material estéril.

.El tatuador se lavará las manos y utilizará guantes.

·Limpieza y desinfección de la zona a tatuar.

.Limpieza de la zona tras realizar el dibujo y ocluir.

4.Cuidados:

.Mantener la oclusión durante 24 horas, evitar tocar la zona tatuada.

.Lavar el tatuaje con agua y jabón y secar por empapamiento

.Administra antibiótico tópico

.Evitar los baños de inmersión, la presión en la zona tatuada y el rascado.

.Tras la cicatrización mantener la zona hidratada, evitar la fotoexposición solar

.Si aparece eritema o edema aplicar hielo

.No quitar la costra, debe caer sola.

B)Piercings:

1. Complicaciones:
   - Sangrado incontrolado
   - Nervio dañado o parestesias
   - Enfermedades de transmisión
   - Inflamación, dolor e infección local
   - Alergia al material
   - Bacteriemia
   - En los piercings orales o periorales: ingestiones y aspiraciones, alteraciones del habla y la masticación, sialorreas, desgarros.

2. Prevención y cuidados:
   - Limpieza exhaustiva durante al menos 6 semanas.
   - Evitar el manoseo o jugueteo de la joya.
   - Especial atención a los signos de infección (enrojecimiento, supuración, olor desagradable, fiebre).

BIBLIOGRAFÍA

·Escudero Castaño N, Bascones Martinez A. Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales. Av. Odontoestomatol (Internet).2007 Feb (citado 2018 Mayo 21); 23 (1): 21-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000100003&lng=es.

·Begoña Fornes Pujalte, Paula Díez Fornes, Concepción Sierra Talamantes Enfermería Dermatológica, ISSN-e 2386-4818, ISSN 1888-3109, año 5, Nº. 13-14 (mayo-diciembre), 2011, págs. 22-28

TEMA 62. REPRESENTACIONES DE LA VEJEZ, ESTEREOTIPOS Y ANTROPOLOGÍA DE LAS EDADES

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO

BERNABÉ ANTONIO FERNÁNDEZ NAVARRETE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- LA VEJEZ Y LA GERONTOFOBIA
- CLASIFICACIÓN DE LAS EDADES
- LA VEJEZ A TRAVÉS DE LA HISTORIA
- ENVEJECER EN LA ACTUALIDAD
- ¿PUEDE LA CULTURA AYUDARNOS A ENVEJECER?
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La edad ha sido considerada, junto con el sexo, como principio universal de organización social, uno de los aspectos más básicos y cruciales de la vida humana. Las estratificaciones por edades eran fundamentales en el funcionamiento de las sociedades.

La historia de las distintas civilizaciones nos permite una idea de asuntos tales como el papel que han desempeñado los ancianos en cada una de ellas, las expectativas y actitudes de la sociedad, las atenciones que les han prestado, los privilegios de que han dispuesto y cuáles han sido sus aportaciones para la buena marcha y desarrollo de sus respectivas comunidades.

Así, se han adjudicado a las civilizaciones, más o menos gerontocráticas, valores como experiencia, prudencia, sabiduría, respeto a la tradición, etc, frente a otras presididas por valores de juventud, como la fuerza, la rapidez, la innovación o la eficacia. En éstas últimas el anciano corre el riesgo de sentirse marginado, además de suponer una pérdida de poder y prestigio para los mayores.

Desde el punto de vista de la Psicogerontología surgen tres grandes aspectos que ayudarán en un futuro a la mejor comprensión de la vejez:

- **El envejecimiento empieza a no ser considerado como un proceso uniforme;**
- **No todas las aptitudes inician su declive, ni lo hacen al mismo ritmo;**
- **Interés por el envejecimiento normal.**

Tras el desarrollo de la psicogerontología como ciencia, encuentran sus principales áreas de investigación en: la inteligencia, la memoria, el bienestar, la satisfacción y los conceptos análogos y factores ambientales.

Los resultados de diferentes investigaciones sobre la inteligencia ponen de manifiesto que:

- Hasta edades muy avanzadas no se encuentra decrecimiento significativo en todas las aptitudes ni en todos los individuos.
- En la mayor parte de los individuos se produce un descenso de aptitudes que requieren rapidez de respuesta, así como en aquellas sensibles al deterioro, aunque sea ligero, del sistema nervioso.
- Se encuentran pérdidas en la mayoría de las aptitudes de las personas que padecen enfermedades cardiovasculares o que viven en ambientes empobrecidos; estas disminuciones comienzan a manifestarse prematuramente.

Por lo que respecta al bienestar, satisfacción y conceptos análogos, la búsqueda de formas de vida más acorde con los problemas y necesidades peculiares de la vejez constituye otro campo de atención preferente.

Es obvio que la edad como condición natural no siempre coincide con la edad como condición social. En este sentido hay que distinguir entre edad psicológica (desarrollo cronológico desde el nacimiento hasta el presente) y edad estructural (capacidad para desarrollar ciertas actividades sociales).

También debe diferenciarse la edad como condición social (que asigna una serie de estatus y de roles desiguales a los sujetos) y la edad como imagen cultural (que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos).

Hablamos también de lo que culturalmente han sido ideas “positivas” y “negativas”. Habitualmente “hacerse grande” ha sido algo deseable, mientras que “hacerse viejo” siempre ha tenido connotaciones negativas, habiéndose utilizado incluso como sinónimo de enfermedad, incapacidad o dependencia.

Pero la vejez no es necesariamente incapacidad o limitaciones funcionales, sino que también puede ser desarrollo en lo psicológico y en nuevas formas de optimización y adaptación social en función de la competencia evolutiva.

Hay que dejar atrás la visión de vejez que socialmente se nos ha inculcado, y verla como una etapa más del ciclo vital, con sus rasgos y diferencias, con sus inconvenientes, y sobre todo, con sus ventajas.

La vejez, en las sociedades actuales presididas por la juventud (como ya mencionamos anteriormente) ha sido considerada como “pobreza en la vida sociocultural y enfermedad en la salud”. Así, esta representación social a la sociedad ha dado lugar a un modelo de disminución, en el cual en esta etapa de la vida la persona se ve mermada y marginada. Sin embargo, como contraposición a ésto, encontramos **el modelo de crecimiento personal,** el cual destaca las ventajas de la vejez: **más tiempo libre, la reducción de responsabilidades y prestar atención a lo vitalmente importante.**

Este modelo, más positivo y a la vez más realista que el anterior, habla de un envejecimiento normal, una etapa del ciclo vital que tiene tantos o más aspectos positivos como cualquier otra. Envejecer no supone necesaria ni mayoritariamente, para todos, una disminución.

LA VEJEZ Y LA GERONTOFOBIA

La edad ha sido considerada, junto con el sexo, como principio universal de organización social, uno de los aspectos más básicos y cruciales de la vida humana. Las estratificaciones por edades eran fundamentales en el funcionamiento de las sociedades.

La historia de las distintas civilizaciones nos permite una idea de asuntos tales como el papel que han desempeñado los ancianos en cada una de ellas, las expectativas y actitudes de la sociedad, las atenciones que les han prestado, los privilegios de que han dispuesto y cuáles han sido sus aportaciones para la buena marcha y desarrollo de sus respectivas comunidades.

Los modelos de disminución son los que han provocado un prejuicio popular en contra de la vejez, o lo que se conoce como gerontofobia. Lo que sí deberíamos de preguntarnos es, si el descenso de la capacidad intelectual de los ancianos no se produce en función de la edad cronológica, sino que va ligado a enfermedades y condiciones psicosociales desfavorables... ¿por qué se piensa que las personas mayores son menos inteligentes? ¿Por qué en gerontología, todavía a veces, es normal poner énfasis en lo patológico sobre lo normal? ¿Qué razón hay para que tengamos prejuicios y actitudes tan negativas hacia el envejecimiento?

La vejez tiene sus aspectos positivos, como ya mencionamos antes, y puede vivirse de forma satisfactoria. Hay que empezar a cambiar la visión de la vejez como un paso meramente transitorio hacia la muerte, y verla plenamente como una etapa más del ciclo vital, hay que aprovecharla y estar preparado para ella.

Desde hace no mucho tiempo existen factores que están posibilitando un cambio de actitudes hacia la vejez:

- Dar un nuevo enfoque epidemiológico (aunque se investiguen enfermedades o demencias, tener en cuenta también al sujeto que la padece, no sólo la patología).
- Ver la diversidad del proceso de envejecimiento frente al de uniformidad: no todas las personas envejecen igual, no es un proceso estático para todas los seres humanos.
- Tomar como objeto de investigación el envejecimiento normal, no el patológico.
- Entender que es una etapa más de la vida, no sólo de declive, sino de desarrollo y crecimiento.

Los mayores suelen adoptar dos posturas frente a los cambios que experimentan: negación o aceptación de los mismos. Las representaciones sociales que transmiten los medios de comunicación tienden a mitificar a la persona joven.

El objetivo es mantenerse "eternamente joven", constituyéndose así un juicio de valor que viene a reforzar la idea de que ser "más joven" es más deseable que ser "más viejo".

Lo que parece afectar a la persona mayor no son los cambios corporales en sí mismos, sino la vivencia negativa que puede tener de ellos debido a las representaciones sociales.

Aunque el prototipo de persona mayor frágil, incapaz, enferma y dependiente es el que impera en nuestra sociedad, según estudios realizados a personas de más de 65 años, esta imagen ha resultado no ser tan "real" como habitualmente la concebimos.

Informes de algunos investigadores sacan a la luz que “nadie se muere porque el corazón envejezca”, o lo que es lo mismo “para las actividades de la vida diaria, un corazón sano de 80 años debe de ser capaz de funcionar tan bien como uno sano de 25 años”.

Cabe distinguir, sin embargo, en estas afirmaciones, entre los cambios físicos que son resultado del envejecimiento primario (normal) y los que obedecen al envejecimiento secundario (patológico).

Por lo tanto, lo verdaderamente importante, no es la edad cronológica de la persona, sino la viveza de sus actos y la calidad de vida que lleve, tenga 20 o 70 años.

Habrá que valorar siempre a la persona en sí misma, independientemente de su edad, y analizar las patologías que pueda tener o no, pero sin adelantarnos a nada en ningún momento.

Pues ser mayor no es premisa necesaria para padecer enfermedad... y ser joven no es garantía suficiente para estar sano.

CLASIFICACIÓN DE EDADES

Respecto a los cambios en la personalidad, ésta no varía con la edad, sino que permanece estable a través de los años. De este modo podría decirse que “si quieren saber cómo serán cuando se jubilen, averigüen cómo son ahora”.
En la vejez se da una crisis, al igual que en otras etapas, entre el deseo de crecimiento personal y el decrecimiento biológico. Si bien en nuestra sociedad existen más prejuicios negativos sobre las personas mayores frente a las jóvenes, y consideramos a la edad como una parte importante del autoconcepto, puede ocurrir que nuestra autoestima dependa de lo viejos o jóvenes que nos representemos.

A tal efecto, se ha elaborado un cuestionario llamado “Las edades de mi mismo”, que distingue entre cuatro tipo de edades: cronológica, biológica, funcional y subjetiva.

- **Cronológica:** la expectativa de vida de la persona está disminuida y siente que le queda poco por vivir.
- **Biológica:** estado y apariencia física. Edad que tengo a los ojos de la gente y edad que tengo ante mis propios ojos.
- **Funcional:** se relaciona con la edad social, con el estatus que creo tener, con lo que puedo hacer.
- **Subjetiva:** la edad que siento que tengo dentro de mí mismo.

LA VEJEZ A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Históricamente ha habido una diversidad de definiciones planteadas desde las diversas disciplinas que se han interesado en el estudio de la vejez. A primeros del S.XX fue cuando ésta empezó a estudiarse con mayor interés.

La representación que tenemos de la vejez está a veces relacionada con la experiencia o la sabiduría de los viejos. Para otros, sin embargo, la vejez es una edad de enfermedad y dificultades.

En la historia antigua, tanto en Egipto como en China, la vejez fue considerada como parte importante de la comunidad; los viejos estaban ligados a la divinidad, la ética, la política, la familia y la sabiduría.

Los Mayas, Incas y Aztecas les otorgaban un papel profético y literario, religioso y filosófico; los ancianos eran considerados sujetos de sabiduría, de experiencia ligada al tiempo y a la vida humana.

Desde entonces, circula socialmente una versión de la vejez que la relaciona con la sabiduría.

Sin embargo, en la Antigua Grecia la vejez fue vista como algo indeseable. La concepción de los griegos está plasmada en una serie de relatos entre luchas de dioses y tragedias donde se caracteriza a la vejez de forma negativa.

La juventud fue lo bello y lo bueno, mientras que la vejez representó lo feo y lo malo, y en general, la vejez fue entendida trágicamente. Desde entonces se fue gestando una representación de la vejez como pérdida o problema.

En el pensamiento moderno se ha ido provocando una “desaparición” temporal de la vejez. Prácticamente no se sabe nada sobre los viejos en los últimos siglos; el pensamiento centrado en los jóvenes tiene una historia larga y comienza quizás desde la antigua Grecia.

La revolución industrial tuvo una influencia importante en la desaparición parcial del papel de los viejos. La vejez fue separada de los papeles importantes de la vida política y social.

El papel de los viejos quedó relegado al confinamiento en el hogar o a la familia, con pocas posibilidades de reconocimiento.

En Occidente, los viejos quedaron relegados al hospicio o a depender de alguno de los hijos, con muy pocas oportunidades de desarrollarse personalmente.

No fue hasta el siglo XX cuando los estudios sobre vejez tomaron un mayor interés y apareció así la Gerontología. Los primeros trabajos conceptuales muestran un interés importante por conceptualizar a la vejez desde una visión de la ciencia con un claro enfoque positivista y enfatizando los aspectos biológicos del envejecimiento.

Para definir a la vejez, tanto la ciencia como la sociedad ha ido identificando tres vertientes:

- **Biológica:** referencia cronológica y cambios morfofuncionales – de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.
- **Psicológica:** cambios en los procesos psicológicos básicos, cambios en la personalidad.
- **Social:** cambios a nivel de participación social y recursos socioeconómicos de las personas en la vejez.

En muchos textos no existe propiamente dicha una definición de la vejez, por la complejidad y dificultad que plantea. También existen diversidad de formas conceptuales a las que se recurren como: vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que términos como envejecimiento o senilidad refieren la idea de un proceso.

ENVEJECER EN LA ACTUALIDAD

Aunque en la actualidad, producto y proceso se mencionan indistintamente (vejez, envejecimiento), existen diferencias que nos ayudan a distinguirlos. La vejez hace referencia a un estado o situación relacionado con la edad cronológica y el estado físico; mientras que el envejecimiento se remite a un proceso que integra otros elementos, endógenos y exógenos.

Sin embargo... es un error hacer una separación, tanto en términos como en contenidos. Si la vejez es resultado de un proceso de envejecimiento quiere decir que la vejez es envejecimiento, tanto como el envejecimiento es vejez.

La vejez es una **situación del ser humano**, expresada a través de la edad, en la que se muestran una serie de cambios psicosociales y físicos. La vejez es una **situación social.**

No existe un proceso de envejecimiento en sí mismo, las culturas y las sociedades son las que vamos dando los matices al envejecimiento.
Por tanto, la vejez es una situación que implica procesos y productos, no necesariamente desde una visión funcional, sino cultural.

Es por todo ello importante ubicar a la vejez como una situación que está integrada por la memoria, las representaciones sociales y los significados. No podemos separar vejez y envejecimiento, tanto como no podemos separar a la realidad del sujeto que la produce, ambos están implicados e interactúan.

La mayor longevidad y la declinación de las tasas de nacimiento significan que familias y comunidades estarán constituídas cada vez más por adultos mayores.

No sólo está aumentando el número absoluto y relativo de personas ancianas, sino que estas serán más saludables y mejor educadas que las de generaciones precedentes.

Podría pensarse que este cambio debería ser motivo de celebración; que los individuos podrían comenzar a pensar de modo diferente sobre cómo estructurar una vida mucho más prolongada, así como sobre las formas en las cuales la educación, el trabajo, la familia y el tiempo libre podrían orientarse al aprovechamiento óptimo de estos años adicionales.

Supongo que el verdadero problema está en que “no sabemos lo que tenemos”, no sabemos lo que se nos ha venido encima, y no estamos completamente preparados para ello.

Mientras que el promedio de vida se ha expandido en forma dramática, nuestra expectativas culturales sobre el envejecimiento no han cambiado de modo acorde.

Seguimos teniendo **formas estereotipadas del envejecimiento,** formas negativas y con un toque de enfermedad que “debe” aparecer siempre, por norma.

La vejez se considera, desde un plano individual, como una época de pérdidas y muy pocas ganancias. Parecería que la mejor manera de llegar a la vejez es evitar del todo envejecer, o al menos, aparentar que no se envejece.

Con la vejez, y el consiguiente debilitamiento de la salud, se corre el riesgo de dejar de ser autosuficiente y perder la autonomía, lo que muchos consideran esencial para la dignidad y el bienestar humanos.

Si bien en la sociedad la vejez está vista como una etapa “vacía” y de declive personal, es más un pensamiento popular que una realidad. “La esencia del servicio humano no son la rapidez y la eficacia, sino el contacto humano y la lentitud”.

Habrá por tanto que saber sacar partido a los adultos mayores, planteándonos qué tipo de contribución productiva son capaces de llegar a hacer.

¿PUEDE LA CULTURA AYUDARNOS A ENVEJECER?

Los investigadores y los que formulan las políticas centran demasiado la atención en “el envejecimiento productivo” y muy poco en “el envejecimiento cívico”, o en el papel singular que pueden desempeñar los adultos mayores en contribuir a la salud de las comunidades. Otros se centran en que las culturas occidentales necesitan promover el significado de la realización personal en la edad avanzada.

Si se continua relacionando el envejecimiento con pérdidas y manteniéndolo opuesto a valores culturales fundamentales, las personas seguirán temiendo, evitando y negando el proceso de envejecimiento.

Sería necesario apostar por una imagen del envejecimiento más realista, contrarrestando estereotipos negativos por medio de positivos, igualmente sesgados.

El excesivo énfasis en la independencia puede equilibrarse atendiendo a la participación social durante todo el ciclo vital.

Para que los individuos optimicen su propio proceso de envejecimiento deben plantearse **retos conseguibles y realizar comparaciones sociales realistas.**

Los conocimientos de la juventud ya no sirven para toda la vida. La educación va camino de abarcar todo el ciclo vital, adoptando todas las formas que permitan a una persona adquirir un conocimiento dinámico del mundo, de los demás y de sí misma. Se habla así de sociedad cognoscitiva y de sociedad educativa, es decir, de educación para toda la vida.

La sociedad educativa se basa en cuatro pilares: **aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser.**

La educación debe contribuir al desarrollo global de cada persona a lo largo del ciclo vital: mente y cuerpo, capacidades cognitivas, capacidades físicas, aptitudes para comunicar, sensibilidad, sentido estético, responsabilidad individual y espiritualidad.

El aumento de tiempo libre en los mayores debe ir acompañado por el tiempo dedicado a la educación.

La concepción de educación a lo largo de la vida está dividida en tres fases: la de formación, la de producción y la de **descanso**. Esta última es la que se desarrolla en los adultos mayores: la persona abandona las capas productivas de la sociedad para disfrutar de un merecido descanso, sin tener, en principio, ninguna finalidad productiva ni remunerada.

A su vez, esta fase de “descanso” dentro del sistema educacional puede tener tres objetivos diferentes:

- Se puede utilizar la educación para saldar la deuda histórica y biográfica de muchos mayores. Por circunstancias ajenas a ellos no pudieron aprender a leer ni escribir, por tanto se atiende a estas necesidades primarias para contrarrestar la carencia que han tenido a lo largo de sus vidas.
- Utilizar la educación como paliativo a las deficiencias asociadas al envejecimiento, y para prevenir y resolver déficits asociados a esta etapa de la vida. En estos casos el objetivo de la educación sería más atenuador que compensador, pues en este tipo de programas lo educativo está presente, pero subordinado a la naturaleza asistencial, clínica y socio-sanitaria de la intervención.
- Por último, la educación puede utilizarse como instrumento compensador, el cual potencia la actividad y las relaciones sociales de la persona mayor.

- Fomenta las nuevas relaciones, evita la pérdida de vínculos sociales que experimentan algunas personas mayores.
- Reconoce el papel de la persona mayor dentro de la sociedad y la comunidad. La mantiene al tanto de los nuevos conocimientos y hace que tomen las riendas de su vida, y puedan incluso participar activamente en la transformación de su situación y de los rumbos que la sociedad toma.

También hay que tener en cuenta que en el caso de las personas mayores, la **motivación** para implicarse en retos educativos reside en buena parte en el **propio placer y satisfacción que proporciona el proceso de aprendizaje.**

BIBLIOGRAFÍA

Moñivas, Agustín. - Universidad Complutense de Madrid. ***"Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento)".*** *Anales de psicología. 1998, vol.14, nº 1, 13-25.*

Ramos Esquivel, J; Meza Calleja, A.M.; Maldonado Hernández, I; Ortega Medellín, M.P.; Hernández Paz, Ma.T. - ***"Aportes para una conceptualización de la vejez".*** *Revista de educación y desarrollo, nº 11, 47- 56. Octubre-Diciembre. 2009.*

Rice, C. J.; Lockenhoff, C. E; Carstensen, L. L – Universidad de Stanford. - ***"En busca de la independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento".*** *Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 34- 133-154. 2002.*

Villar Posada, F - ***"Educación y personas mayores: algunas claves para la definición de una psicología de la educación en la vejez".*** *Revista Brasileira de Ciencias do Envelhecimiento Humano; 61-76, julio-diciembre 2004.*

Feixa, C; ***"Antropología de las edades. Ensayos de Antropología Cultural".*** *Barcelona, 1996. p. 319-335. Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales.*

TEMA 63. LA DEPRESIÓN

M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- FACTORES DE RIESGO
- RIESGO DE SUICIDIO

DEFINICIÓN

Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, decaimiento,irritabilidad, sensación de malestar…) también están presentes síntomas de tipo cognitivo, por lo que podría hablarse de de una afectación global psíquica y física,haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

FACTORES DE RIESGO

Es un proceso multifamiliar y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores:

-factores personales y sociales:

.mayor en mujeres que en hombres.

.consumo de alcohol y tabaco.

.baja laboral o bajo nivel de recursos económicos.

-factores cognitivos:

.Los esquemas negativos y distorsiones cognitivas.

-factores familiares y genéticos:

Los familiares de primer grado de familiares con trastorno depresivo tienen el doble de posibilidad de presentar depresión que el resto de la población

RIESGO DE SUICIDIO

- Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión que el resto de la población.
- Algunos de los factores que se asocian al mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino,historia familiar de trastorno mental,intento de suicidio previo,niveles más graves de depresión,abuso de alcohol y drogas..
- Otros factores que se han asociado al suicidio son el trastorno limite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad.

DIAGNÓSTICO

- Debe durar al menos 2 semanas y cursa con :
  - -ánimo depresivo.
  - -pérdida de interés y capacidad para disfrutar.
  - -aumento de la fatigabilidad.
- El diagnóstico debe orientarse si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o de alguna medicación prescrita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico; Madrid: Meditor:1992

2.Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t);2008, Guías de Práctica Clínica en el SNS; avalia-t N.º 2006/06

TEMA 64. CASO CLÍNICO: ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

MARIA EULALIA VERA NIETO

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RAQUEL LÓPEZ TURPIN

EXPOSICIÓN DEL CASO:

María es una adolescente de 14 años que es remitida por su pediatra a la Unidad de Adolescentes por pérdida de peso objetivada. Acude a consulta acompañada de sus padres. Está obsesionada con las calorías que ingiere, refiere estar tomando 800 cal/día. Dese hace 1 mes ha reducido la ingesta a manzana y agua. Ha perdido unos 11 kilos (de 52 a 41 kg). Amenorrea desde hace 3 meses. Los padres no refieren conductas purgativas ni ejercicio.

ENTREVISTA PERSONAL:

.

María está consciente y orientada, poco comunicativa, pero abordable. Refiere que de pequeña era «una foca». Ha hecho varias dietas sin llegar a perder peso, pero a raiz de que un compañero le llamase gorda, decidió tomárselo en serio. Se induce el vómito después de la comida de mediodía porque está sola. Realiza ejercicio por la noche en su habitación, su objetivo es alcanzar los 38 kg.

Refiere mareos, caída de pelo, tristeza. A veces se ha autolesionado con fines ansiolíticos-autocastigo, nunca como autolísis.

No tiene conciencia de enfermedad.

EPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 40.5kg, Talla: 162cm, IMC: 15,42 kg/m2.

FC: 52 l.p.m. Tº 35,8ºC. Se pesa de espaldas, sin que ella conozca su peso.

Presenta delgadez generalizada, xerodermia, esmalte dental desgastado. No signos de Russell.

En muñecas y muslos presenta autolesiones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: normal. VSG: 8mm/h

Bioquímica: Glucosa 80 mg/dl. Colesterol 211 mg/dl. Ferritina 12 ng/ml. Perfil hepático y renal normales.

TSH: 2,1 mcUI/ml.

JUICIO CLÍNICO:

ANOREXIA NERVIOSA TIPO CON ATRACONES / PURGAS.

DIANÓSTICO DIFERNECIAL:

Con la entrevista personal y la exploración física, no se plantea la realización d diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES:

A Maria y a sus padres se les explica la gravedad de la situación, sobre todo la gravedad física. Se le explica a María que se le «ha ido de las manos el control de peso» y vomita para conseguirlo. Una vez concienciados se plantea el tratamiento. Debe ser ingresada, pero se puede hacer «ingreso domiciliario» con el cuidado de sus padres 24 horas. Se le ofrece una dieta de 1.500cal/día, junto con un plan de vida, estar tumbada en cama, sólo levantarse para comer. Si no es capaz de comer en casa, será ingresada en un hospital. Desde la 1º semana María va ganando peso, con buena actitud, le da miedo engordar, pero quiere «ser normal». Se incorpora dieta de 2.500 cal/día, retoma el Instituto y sale con sus amigos. Siempre come en casa. A los 4 meses a alcanzado los 48 kg y su IMC es de 18.29 kg/m2. A partir del mes del diagnóstico es valorada y tratada por el Servicio de Paidopsiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA:

- Behar Rosa, Arancibia Marcelo. Trastornos de la imagen corporal: anorexia nerviosa versus anorexia inversa (trastorno dismórfico muscular). Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Jun 28] ; 6(2): 121-128. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200121&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.005.

- Baile José I. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Ene [citado 2018 Jun 28] ; 142(1): 128-129. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000100022&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022.

TEMA 65. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS.

UN ENFOQUE A LOS GRUPOS VULNERABLES

JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO.
ROCÍO MORENO SÁNCHEZ.
MARÍA ÁNGELES MORENO SÁNCHEZ.

- **INTRODUCCIÓN**
- **CADENA EPIDEMIOLÓGICA**
- **EPIDEMIOLOGÍA**
- **DEFINICIÓN DE CASO**
- **GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS Y VIH**
- **GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS INFANTIL**
- **GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE**
- **BIBLIOGRAFÍA**

CADENA EPIDEMIOLÓGICA.

La tuberculosis se define como una enfermedad de etiología infecciosa causada por microorganismos pertenecientes al género *Mycobacterium,* siendo el más frecuente el complejo *Mycobacterium Tuberculosis* (engloba a *M.Tuberculosis* y *M. Africanum* en humanos) y por *M. Bovis* en el ganado vacuno[1]. Afecta principalmente a los pulmones, si bien puede desarrollarse en cualquier órgano.

El reservorio es el ser humano infectado, cobra especial importancia el individuo sano que transmite el bacilo a través de maniobras respiratorias sin desarrollar sintomatología de tuberculosis[1,2].

CADENA EPIDEMIOLÓGICA.

En las tuberculosis pulmonares y laríngeas, el mecanismo de transmisión se produce principalmente por vía aérea,, a través de la suspensión de gotitas de 1 a 5 micras de diámetro[1]. Estas son expulsadas por las personas infectadas mediante actividades como el habla, la tos o el estornudo. Una exposición prolongada con el individuo portador del bacilo puede producir una infección de los contactos[1,2].

También puede producirse la transmisión por inoculación directa a través del contacto cutáneo-mucoso, por vía transplacentaria o urogenital, pero es mucho menos frecuente[2]. En el caso de *M. Bovis*, la transmisión se produce por la ingesta de leche cruda o por deficiencias en el proceso de pasteurización[1].

EPIDEMIOLOGÍA.

Según la OMS, la tuberculosis se encuentra entre las diez principales causas de mortalidad en el mundo[3]. En el año 2016, el mayor número de casos se registró en Asia y en África. En Europa, el informe de la EDCD[4] identifica una tendencia decreciente en la incidencia de la tuberculosis, siendo el número de casos en 2016 de 58.994.

España también continua con esta tendencia. Según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)[5], en el año 2017, se declararon un total de 2.830 casos de tuberculosis respiratoria y 40 de tuberculosis meníngea. El índice epidémico de tuberculosis respiratoria en 2017 fue 0,75, lo que indica que la incidencia de esta enfermedad en España ha sido baja.

EPIDEMIOLOGÍA.

En cuanto a la distribución por edad, cabe destacar que el grupo entre 25 y 34 años presenta las tasas más elevadas de tuberculosis respiratoria. Los menores de 5 años constituyen el grupo con mayor tuberculosis meníngea, mientras que el grupo de mayores de 65 años, presenta la incidencia más elevada frente a tuberculosis de otras localizaciones[6].

Sin embargo, la tuberculosis continúa siendo la primera causa mundial de mortalidad por enfermedades infecciosas y la novena por causa de muerte[7]. Según el informe mundial sobre tuberculosis en 2017[7], el ritmo de disminución anual de la enfermedad es insuficiente para alcanzar los objetivos de 2020 en la Estrategia fin de tuberculosis. Si bien, identifica que Europa es la región en la que más rápido se produce el descenso de la incidencia.

DEFINICIÓN DE CASO.

Según los criterios de la OMS[3], se considera caso confirmado a nivel bacteriológico a aquel individuo que presente una baciloscopia, una prueba rápida o un cultivo positivo frente a *M. Tuberculosis.*

El sujeto clínicamente diagnosticado es aquel que no cumple con los criterios anteriores, pero ha sido identificado por un médico y ha recibido tratamiento frente a la tuberculosis. Se incluyen en este grupo a los que hayan sido diagnosticados por otros medios (radiología, histología, extrapulmonar…) y no hayan sido confirmados por criterios bacteriológicos.

GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS Y VIH.

Los individuos que presentan infección por el VIH tienen 29 veces más de probabilidades de padecer tuberculosis[8]. Además, el VIH es el factor de riesgo más importante para que una tuberculosis latente progrese a una activa.

Los pacientes infectados por el VIH presentan una disminución en la producción de linfocitos CD4, lo que produce un deterioro de la capacidad del organismo para hacer frente a la infección tuberculosa. Además, hay que tener en cuenta, que *M. Tuberculosis* presenta una capacidad patogénica mayor que otras infecciones oportunistas[2], pudiendo producir la enfermedad, incluso en personas con recuentos de linfocitos CD4 normales.

GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS Y VIH.

En el año 2013 una de cada cuatro defunciones por tuberculosis se dio en un paciente con VIH[8].En 2016 el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis. Además, estos pacientes presentan mayor probabilidad de desarrollar tuberculosis extrapulmonar[1], adenopatías, fiebre y esplenomegalia[2].

GRUPOS VULNERABLES. TUBERCULOSIS Y VIH.

Existen programas de monitorización a los pacientes que presentan ambas patologías. Estos presentan el objetivo de obtener una notificación sistemática, que permita mejorar la prevención, detección precoz y el tratamiento de estos pacientes[8]. Para llevar a cabo esta tarea es necesaria la vigilancia de una serie de indicadores, la OMS[8] considera prioritaros los siguientes:

- Proporción de casos de tuberculosis nuevos y recidivantes con serología positiva para el VIH.
- Proporción de casos nuevos de tuberculosis y VIH positivos que durante el tratamiento con atnituberculosos consumen TAR.
- Mortalidad entre casos nuevos de tuberculosis y VIH positivos recidibantes.
- Proporción de individuos con VIH, que han recibido tratamiento profiláctico frente a la tuberculosis.

TUBERCULOSIS INFANTIL.

En el informe Hoja de ruta para abordar la tuberculosis[9], publicado por la OMS en 2016, se identifica que alrededor de un millón de niños desarrollan la enfermedad cada año. La tuberculosis infantil supone alrededor del 11% de todos los casos de tuberculosis, si bien el diagnóstico de la enfermedad en la etapa infantil puede estar subestimado. En España, en 2014, el 6% del total de casos de tuberculosis se dieron en menores de 15 años[6].

En cuanto a la mortalidad, según la OMS, en el año 2016 murieron 250.000 niños por tuberculosis en el mundo.

Existen una serie de dificultades que se encuentran asociadas a la edad pediátrica. En el diagnóstico, destaca una mayor dificultad para discernir entre el niño infectado por *M. Tuberculosis* y el que ha desarrollado la enfermedad debido a la presencia de sintomatología inespecífica[9].

TUBERCULOSIS INFANTIL.

También se ha descrito una disminución en la notificación de TB infantil, debido a que frecuentemente se notifican aquellos casos con baciloscopia positiva, existiendo en este grupo una mayor tasa de falsos negativos en la baciloscopia y en los cultivos[9].

A nivel terapéutico, se han descrito dificultades relacionadas con la escasez de estudios que aborden el efecto de fármacos de segunda línea en el tratamiento de este grupo, insuficientes formulaciones pediátricas o una dificultad en el cumplimiento[9].

Es fundamental que el abordaje de la tuberculosis infantil se lleve a cabo dentro programas de tuberculosis transversales, que involucren a servicios de salud materno-infantil, pediatría, vigilancia epidemiológica, neumología, microbiología y demás servicios sanitarios, así como con la comunidad.

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE.

El término tuberculosis resistente hace referencia a la capacidad de *M. Tuberculosis* de resistir ante uno de los fármacos antituberculosos de primera línea: rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.

Cuando la resistencia se extiende frente a isoniacida y rifampicina es cuando se habla de tuberculosis multirresistente. Si además existe una resistencia frente a las fluoroquinolonas y al menos a uno de los antitubercolosos de segunda línea inyectables, se conoce como tuberculosis extensivamente resistente[2,6].

Actualmente, las guías de práctica clínica recomiendan que se realice un test de sensibilidad a los fármacos antituberculosos de primera línea en aquellos casos en los que se ha obtenido un cultivo positivo[6].

BIBLIOGRAFÍA.

1. Heymann DL. El control de las enfermedades transmisibles. 18ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
2. Bermejo MC, Clavera I, Michel de la Rosa FJ, Marín B. Epidemiología de la tuberculosis. An Sist Sanit Navar. [Revista en Internet]. 2007. [acceso junio 2018]; 30(2):[07-19]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002
3. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Ginebra: OMS, 16 de febrero de 2018 [acceso 16 junio 2018]. Tuberculosis, datos y cifras. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis

4. Zucs P, Dara M, Colombani P, Ehsani S, Gozalov O, Hovaneysan A, et al. Tuberculosis Surveillance and monitoring in Europe 2018- 2016 data [monografía en Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [acceso 17 junio 2018]. Disponible en: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2018-19mar2018.pdf
5. Instituto de Salud Carlos III, Centro nacional de epidemiología. Boletín epidemiológico semanal en red. Informe Semanal de Vigilancia 23 de enero de 2018. Informe Semanal relativo a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, con datos provisionales. [monografía en Internet]. Madrid: RENAVE; 2018 [acceso 18 junio de 2018]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-boletines/fd-boletin-epidemiologico-semanal-red/pdf_2018/IS-180123-WEB.pdf

6. Instituto de Salud Carlos III, Centro nacional de epidemiología. Boletín epidemiológico semanal en red. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2014. [monografía en Internet]. Madrid: RENAVE; 2014 [acceso 18 junio de 2018]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2015

7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2017. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS. 2017 [acceso 17 junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Guía para el monitoreo y la evaluación de las actividades de colaboración TB/VIH. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS. 2015. [acceso 17 junio 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161918/9789243508276_spa.pdf;jsessionid=F7E04DDA14B537F1525EDD01D7F42972?sequence=
9. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta para abordar la TB infantil. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS. 2016 [acceso 17 junio 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205064/9789243506135_spa.pdf?sequence=1

TEMA 66. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE RECIDIVA TARDÍA DE CÁNCER DE MAMA EN COLON.

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON

MARTA GALLARDOBENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

ÍNDICE

- ENFERMEDAD ACTUAL
- EXPLORACIÓN FISÍCA
- DIAGNOSTICO

ANTECEDENTES MEDICOS

Presentamos caso clínico de mujer de 62 años de edad, diagnosticada a los 42 años de cáncer de mama bilateral por lo que se sometió mastectomía radical modificada bilateral con histología de carcinoma centro-lobulillar infiltrante de mama izquierda carcinoma ductal y lobulillar de mama derecha con afectación micrometastasica de ganglio axilar izquierdo. Posteriormente recibió quimioterapia y tamoxifeno durante 5 años.

En una revisión analítica 17 años más tarde se observó CEA discretamente elevado por lo que se remitió a nuestro servicio para realización de rectocolonoscopia.

Examen Fisíco

En la colonoscopia se halló en colon transverso pólipo plano único de 1 cm que se extirpó.
El estudio histológico reveló células patológicas de carcinoma lobulillar de mama.
Se realiza posteriormente RNM pélvica y PET-TAC con hallazgo de metástasis óseas pero sin captación colonica. En revisión colonoscópica a los 6 meses no se evidenciaron lesiones.

CONCLUSIÓN: La endoscopia en este caso ha servido de diagnóstico y terapéutico de recidiva tardía de cáncer de mama sin captación colónica en PET-TAC ni RNM. Destacamos que recidivas de cáncer de mamas tras más de 15 años del diagnóstico es inferior al 10% y todavía no se conoce si la relación entre la recidiva y las metástasis a distancia es independiente, coincidencial o causal.

.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Jermal A, Bray F, Centes MM, et al. Global cáncer statistics. CA Cancer J Clin 011; 61-69
2.- www.cancerstaging.org/staging
3.- www.uptodate.com/contents/search?search=colorectal+cancer.
4. - Guiás clínicas de la asociación española de cirujanos. Cirugía colorrectal. Hector Ortiz Hurtado. Año 2011.
5- Sociedad española de oncología médica. Disponible en: www.seom.org

TEMA 67. LA PROBLEMÁTICA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL S. XXI

IVÁN ORTEGA MIRALLES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la obesidad infantil es uno de los **problemas de Salud Publica** más graves del siglo XXI, que demanda acción inmediata para detener su avance. No solo por el importante **aumento de su Incidencia** en los últimos años, sino por las graves consecuencias que conlleva.

Tiene una **Prevalencia mundial**, y se extiende a un ritmo alarmante incluso a países de bajos y medianos ingresos, sobre todo entre la población urbana.

Aproximadamente en 2016, más de **41 millones de niños menores de 5 años** tenían sobrepeso o eran obesos.

Su perjuicio se extiende hasta la edad adulta, donde es asociada con un aumento de las enfermedades cardiovasculares y una disminución en la esperanza de vida.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

- **Sobrepeso** = el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- **Obesidad** = el IMC para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

OBJETIVO

- Determinar medidas para concienciar y motivar a los pacientes y familiares con programas dirigidos a **adquirir hábitos de vida saludables** en la rutina de los niños y mantenerlos en el tiempo para **prevenir complicaciones**, centrando la atención en Factores Psicosociales, Ambientales y Hábitos Alimentarios.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una Revisión Bibliográfica de artículos científicos en las siguientes **bases de datos**: Medline, Coachrane, Pubmed, Scielo, constituyéndose un **tipo de estudio Descriptivo/ Narrativo.**

Tras su cotejo y criba con los **criterios de inclusión y exclusión**, (idioma (castellano e inglés), texto completo, acceso gratuito, ajuste al tema de estudio), se han descartado los menos útiles. Usando los más rigurosos, y adecuados a nuestro objeto de estudio, en la elaboración del capítulo.

RESULTADOS

La **prevención y tratamiento de la obesidad infantil** disminuye los efectos que pueden desarrollarse a largo plazo en nuestro organismo, tales como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y algunos tipos de tumores e incluso problemas psíquicos.

Por ello, adquiere suma importancia la adopción de **hábitos saludables desde la infancia**, que nos permitan disfrutar de una buena salud biopsicosocial. Contribuyendo, así, a alargar el período de bienestar lo máximo posible desde la Infancia hasta la etapa de la edad adulta.

CONCLUSIONES

La **Prevención en la Infancia** es de vital importancia, puesto que es aquí donde se adquieren las habilidades y hábitos que se llevaran a cabo en la vida adulta.

Para prevenir la obesidad se requieren **acciones coordinadas** en las que se involucren los Gobiernos, las industrias, el personal sanitario, las escuelas y familiares.

Es importante que los **Profesionales Sanitarios y Educadores** aprovechen cada contacto con la Comunidad (usuarios/ niño/ familia) para promover **estilos de vida saludable** que permitan la formación en una correcta alimentación y ejercicio físico en beneficio de una vida sana.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; [Citado Jun 2018]. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/
- González Caballero M. Obesidad Infantil: Nutrición Inteligente para tus Hijos. 2ª Ed. Alcalá la Real: Alcalá Grupo Editorial; 2017.
- Hassink SG. Obesidad Infantil: Prevención, Intervenciones y Tratamiento en Atención Primaria. Argentina: Panamericana; 2009.

TEMA 68. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LABORATORIO EN MUESTRAS CON SOSPECHA DE PAROTIDITIS

Mª ELENA RUÍZ SERRANO
Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA
Mª JOSE ROCA SOLANA

RESUMEN

La parotiditis fue una enfermedad casi erradicada en España en los años 80, que paulatinamente fue apareciendo debido la disminución de la efectividad vacunal y a los flujos migratorios. Hoy en día, se encuentran brotes producidos por la parotiditis inmunoprevenible causada por el virus RNA (Paramyxoiridae). La confirmación del diagnóstico definitivo de parotiditis epidémica se realizará por laboratorio mediante: el aislamiento viral (de la saliva, sangre, orina y LCR), en las pruebas serológicas (fijación del complemento, hemoaglutinación, enzimoinmuno ensayo y neutralización) y en el aumento significativo del nivel de anticuerpos (Ig G) específicos de parotiditis, mediante un método serológico estándar, en sueros tomados en fase aguda y convalecencia de la enfermedad.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta búsqueda bibliográfica sistemática son:

- Detectar precozmente el bacilo de Koch en la muestra para iniciar un rápido tratamiento.
- Reducir el riesgo de infección cruzada y/o de contagio a otras personas.
- Mejorar las posibilidades de recuperación.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática encontrándose 99 estudios, de los cuales 11 fueron los que escogimos para realizar dicha revisión.

Se buscó en bases de datos de Ciencias de la Salud como Cuiden, Pubmed, Medscape, CINHAL, Scielo…Búsqueda de artículos en revistas como Revista del Laboratorio Clínico y Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Se consideraron los artículos buscados durante el periodo de tiempo 2013-2018.

Descriptores: “DIAGNÓSTICO”, “LABORATORIO”, “MUESTRAS”, “PAROTIDITIS”.

RESULTADOS

Las utilidades de estas muestras nos dan la oportunidad de genotipar el virus en el caso de brotes, y además confirman la presencia de uno o varios genotipos y posibles variaciones con respecto a los genotipos detectados previamente. Dichas pruebas tan específicas son: Ac Ig M Positivo: Ig M > 1.00 S:95% E:99,85 (en suero), Ac Ig G Positivo: bajo 1.00-1.74 medio 1.75-3.89 alto >3.90 S:95,4% E:93,7% (en suero pareado) y Cultivo PCR (Saliva, orina y LCR). Nos ayudan a saber si el paciente se encuentra con la enfermedad actual o/y reciente y si está en fase aguda o en fase de convalecencia positiva.

CONCLUSIÓN

Gracias al avance tecnológico y científico sufrido en las últimas décadas, se han podido mejorar todas las técnicas de laboratorio, incluso crear otras nuevas para identificar nuevas cepas de agentes patógenos y poder erradicar su propagación controlando su etiopatogenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le-Corre Nicole, Barría Sebastián, López Tania, Martínez-Valdebenito Constanza, Contreras Ana M., Ferrés Marcela. Parotiditis en Chile: caracterización clínica y molecular de dos casos en una población altamente inmunizada. Rev. chil. infectol. 2018 Abr; 35(2): 198-203.
2. Masa Calles Josefa, López Perea Noemí, Torres de Mier Maria de Viarce. Vigilancia epidemiológica en España del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Rev. Esp. Salud Publica. 2015; 89(4): 365-379. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000400005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000400005.

BIBLIOGRAFÍA

3. Rubin S, Eckhaus M, Rennick LJ, Bamford CCG, Duprex WP. Molecular biology, pathogenesis and pathology of mumps virus. J Pathol. 2015;235(2):242-25. https://doi.org/10.1002/path.4445

4.Santacruz-Sanmartín E, Hincapié-Palacio D, Ospina MC, Perez-Toro O, Bernal-Restrepo LM, Buitrago-Giraldo S, et al Seroprevalence of mumps in an epidemic period in Medellín, Colombia. Vaccine . 2015;33(42):5606-12. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.08.088

TEMA 69. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS FETALES Y PRENATALES MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA

CECILIA GRAU LÓPEZ

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La ultrasonografía es un medio de estudio mediante ultrasonidos muy útil durante el seguimiento del embarazo, se realiza regularmente cada trimestre y es una técnica que no afecta al feto ni a la madre y que contribuye a realizar diagnósticos precoces como: oclusión del cordón umbilical y/o de vasos intrafetales, alteraciones del tubo neural, malformaciones y otras patologías incompatibles con la vida...
ANOMALIAS DECTECTAS POR ULTRASONOGRAFIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO:
Anencefalia (acráneo), encefalocele y defectos del tubo neural.
Hernias abdominales: onfalocele y gastrosquisis.
Dilatación piélica renal, poliquistosis renal y agenesia renal bilateral (oligoamnios).
Trisomías, higromas quísticos, edema difuso fetal…

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este trabajo y su principal interés se basa en:

- Analizar el procedimiento para diagnosticar precozmente patologías cardíacas, cerebrovasculares, malformaciones durante el embarazo...
- Identificar las pautas para realizar protocolos de actuación precoz ante diagnósticos y pronósticos fetales y prenatales reservados.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, encontrando 234 textos desde 2005 al 2017. De estos, se seleccionaron 73 textos. Se buscaron en bases de datos como Pubmed, Cinhal, Scielo ... Y se recopilaron datos de algunas guías clínicas como Fisterra, Guiasalud ... También obtuvimos información de diferentes libros radiológicos y pediátricos y de artículos de revistas.

Los descriptores utilizados han sido:

ULTRASONOGRAFÍA, DIAGNÓSTICOS, PATOLOGÍAS, FETALES, PRENATALES.

RESULTADOS

Existen técnicas especiales que se realizan con guía ultrasonográfica a nivel terapéutico que contribuyen a la viabilidad del feto.

A pesar de ello, en ocasiones esto no ocurre y se necesita de asesoramiento genético preciso y centros especializados que conlleven a informar y contribuir a la interrupción planeada del embarazo.

CONCLUSIÓN

La ultrasonografía está avanzando en conjunto con otras técnicas y se está complementando con ellas, sobre todo con la resonancia magnética. Los resultados de estas técnicas asociadas facilitan enormemente los diagnósticos precoces de determinadas patologías fetales y prenatales. En un futuro, se crearán nuevas asociaciones más eficaces, exactas y terapéuticas que ayudarán a llevar a buen término algunos embarazos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Man Cebo, O. P., Portelles, L. R., Reyes, E. R., Almaguer, B. D. L. C. H., & Rodríguez, K. H. (2017). Ultrasonografía fetal en el diagnóstico prenatal del primer trimestre del embarazo, resultados de seis años. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 42(2).
2. Mancebo, O. P., Reyes, E. R., Rodríguez, N. M. O., Portelles, L. D. C. R., & Castillo, A. F. (2016). Prevención de enfermedades genética en Las Tunas, nonestre de 2015. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 41(5).
3. Hernández Triguero, Y., Suárez Crespo, M., Rivera Esquivel, M. C., & Rivera Esquivel, V. C. (2013). La genética comunitaria en los programas de diagnóstico prenatal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 17(3), 80-91.

TEMA 70. CONFIANZA DEL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO CON AISLAMIENTO INVERSO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Mª DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

CECÍLIA GRAU LÓPEZ

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

ÍNDICE

RESUMEN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El aislamiento protector o inverso se emplea para prevenir que los enfermos con alteraciones importantes de su sistema inmunitario (leucemias, linfomas, transplantados…) sean infectados por agentes exógenos durante su estancia hospitalaria.

Es una de las formas de aislamiento más eficaces para este tipo de pacientes, debido a su delicado estado de sus defensas secundarias.

Además es imprescindible otras medidas asociadas como el consumo de dietas neutropénicas, no visitas con procesos infecciosos…

Palabras claves: Aislamiento de pacientes, inmunosupresión, seguridad y confianza.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta búsqueda bibliográfica sistemática son:

- Realizar protocolos para pacientes que necesiten de medidas de aislamiento inverso, según su patología y su situación clínica.
- Participar activamente en cursos y grupos activos sobre medidas de aislamiento específicas.
- Valorar la confianza que el paciente inmunodeprimido tiene en el personal de enfermería.
- Validar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.
- Buena praxis de enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo realizado desde 1 diciembre del 2014 hasta 1 marzo del 2015.

Muestra de 28 pacientes inmunodeprimidos , hospitalizados con aislamiento inverso o protector, en edades comprendidas entre 35 a 77 años, que presentan en analítica de sangre un número de neutrófilos < 500/mm3.

Incluye pacientes en tratamiento con inmunosupresores, leucemias y linfomas.

Excluye restantes patologías onco-hematológicas.

METODOLOGÍA

Se realizó un breve cuestionario, elaborado por el equipo investigador, utilizando como respuestas los 5 ítems de la Escala de Likert.

Variables: información recibida, confianza y seguridad.

Análisis de datos descriptivo de las características del grupo muestral con el programa estadístico SPSS.

Descriptores: “AISLAMIENTO DE PACIENTES”, “INMUNOSUPRESIÓN”, “MEDIDAS”, “SEGURIDAD” Y “CONFIANZA”.

RESULTADOS

En gran porcentaje, tanto hombres como mujeres, estaban de acuerdo en conocer el motivo por el que se encontraban en aislamiento inverso.

La mayoría de los encuestados confiaban totalmente en las medidas y cuidados que proporcionaban los profesionales de enfermería.

Estos pacientes sentían seguridad durante su estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra la validez y confianza que los pacientes inmunodeprimidos con aislamiento inverso depositan en los profesionales de enfermería. La calidad de nuestros cuidados y actividades proporcionan seguridad en estas situaciones.

También indica que se encuentran satisfechos con la información recibida durante su aislamiento, existencia de buena comunicación.

Se propuso breves trípticos informativos sobre aislamiento inverso como sugerencia por parte de los encuestados.

BIBLIOGRAFÍA

Lamelo Alfonsín, F. Guía clínica de Síndrome de lisis tumoral. Última revisión: 17/02/2015. http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-lisis-tumoral/

Mirrakhimov, A.E.; Voore, P; Khan, M; Ali, A.M. Tumor lysis syndrome: A clinical review. World J Crit Care Med. 2015 May 4; 4(2): 130-138.

Rovelo-Lima J.E.; García-Rodríguez, F.M.; Alvarado-Silva, C.; Jiménez-Villanueva, X.; Aboharp-Hassan, Z.; Sosa-Duran, E.E.. Tumoral lysis syndrome: rewiew article. GAMO. 2015; 9 (4): 175-185.

Burns, R.A., MD; Topoz I.,MD; Reynolds S.L., MD. Tumor Lysis Syndrome. Risk Factors, Diagnosis, and Management. Pediatric Emergency Care. 2014; 30 (8): 571-579.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villanueva Rábano, R. Medidas de aislamiento en enfermedades transmisibles dentro del ámbito hospitalario. Repositorio documental. 2016. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18029

2. Sánchez Merino, V. Diseño de un estudio epidemiológico. Evaluación del grado de conocimiento y aplicación de las medidas preventivas frente a las infecciones nosocomiales por el servicio de Enfermería. Repositorio documental. 2015. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/12024

3. Acebes Roldán X, Ortiga Fontgivell B, Gavaldà Mestre L, Shaw Perujo E, Pujol Rojo M, Hornero A, Arch Tort O, Bartolomé Sarvise C, García Díaz A. Hacia el hospital eficiente: protocolo de cohorting como estrategia de gestión para aumenta la capacidad generada de camas. Premios Profesor Barea. 11.a Edición 2013.

TEMA 71. ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL EN NIÑOS. IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS.

PATRICIA ADRADOS GÓMEZ

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

MONTSERRAT ZAMBRANA GUIRADO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ESCOLIOSIS
- CLASIFICASIÓN DE TIPOS DE ESCOLIOSIS
- TRATAMIENTO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La salud es un recurso de vida que debe ser abordado desde diversos ámbitos, entre éstos la educación. El entorno escolar es un medio ideal para fomentar el aprendizaje de hábitos saludables y actividades beneficiosas para la que pueden permanecer a lo largo de la vida.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha evolucionado y establecido diversos programas y proyectos para interpretar los conceptos y estrategias de promoción de la salud en actuaciones prácticas, entre éstos proyectos sobresalen por excelencia los desarrollados en las escuelas que promocionan la salud.

La Higiene Postural está influenciada por factores muy específicos dentro de los centros escolares, tales como el mobiliario, los posibles riesgos que pueden ocurrir en la práctica deportiva debido a los equipamientos e instalaciones y los ejercicios inadecuados que provocan la incorporación de malos hábitos posturales en la vida de los alumnos, especialmente en las desalineaciones en la columna vertebral

Las escuelas, son por excelencia, sitios idóneos para comenzar y asentar las bases para una educación en el cuidado de la salud. El tener agrupados a numerosos niños de diversas edades en un mismo entorno, favorece la enseñanza de hábitos de vida saludable de forma unánime y coordinada.

La salud debe ser considerada como un eje central sobre el que se mueva todo el proceso educativo. Por tanto, la escuela conforma un espacio socio-educativo privilegiado en el que se puede desarrollar una función educativa con valor propio, cooperando en el desarrollo integral de los niños.

Para que la columna vertebral evolucione de forma sana, se necesita la adquisición de posturas adecuadas continuamente, sobre todo en la etapa del crecimiento. Por tanto, la Educación para la Salud estima que la higiene postural debe formar parte de cualquier programa de prevención en la escuela. Según numerosos autores, la higiene postural son aquellas actuaciones que podemos hacer para adoptar hábitos posturales adecuados en nuestra vida diaria o reeducar aquellos que son incorrectos y de esta manera evitar la sobrecarga vertebral y prevenir lesiones y dolores de espalda. (López y Cuesta, 2007; Méndez y Gómez-Conesa, 2001; Sainz de Baranda, 2009).

Algunos autores como Vidal et al. (2011) y Lorenzo y García (2009) han desarrollado programas de Educación Postural con escolares y han obtenido resultados positivos.

ESCOLIOSIS

La escoliosis es una deformidad de la columna que aparece como una curva estructural la cual determina un grado variable de deformidad del tronco. La forma más habitual es la escoliosis idiopática del adolescente, que se desarrolla en la columna, durante la fase de crecimiento y puede tener importantes efectos estéticos y funcionales. El comportamiento de la curva es frecuentemente difícil de predecir durante el desarrollo del niño, por lo que el seguimiento clínico y radiológico seriado es clave en la decisión de tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE ESCOLIOSIS

- Escoliosis no estructural o funcional, actitud escoliótica. La curvatura es flexible y con posibilidad de corrección. Puede ser:
  - Postural.
  - Compensatoria.
  - Otras.

- Escoliosis estructural o verdadera, cuando la curva es permanente. Puede ser:
  - Congénita.
  - Idiopática.
  - Adquirida.
  - Traumática.
  - Paralítica.
  - Endocrino metabólica.
  - Otras.

TRATAMIENTO

La intervención del fisioterapeuta es ante el dolor y en la búsqueda de un reacondicionamiento muscular, deberíamos tener en cuenta factores posturales, ergonómicos y ortopédicos, entre otros. No sólo se tratará el dolor, también ofrecerá estrategias al niño y familiares que ayuden a evitar la reincidencia, para combatir la cronicidad, y disminuir la ansiedad formando programas educativos y terapéuticos como los que se podrían ofrecer en el caso del dolor miofascial. La formación debe estar incluida desde el inicio de la intervención terapéutica o desde el momento en que el usuario esté preparado para recibirla y asumirla.

Es necesario un adecuado trabajo entre el fisioterapeuta y el niño para obtener unos buenos resultados terapéuticos, sin olvidar las dimensiones del dolor crónico.

El ejercicio físico realizado bajo supervisión durante la infancia y la adolescencia proporciona beneficios a nivel musculoesqueletico, neuronal, metabólico y funcional. El ejercicio es un elemento primordial en la mejoría o mantenimiento de la salud. El término de postura ha sido utilizado para describir el alineamiento biomecánico del cuerpo y su orientación en relación al ambiente. A lo largo del ciclo vital, se producen distintos cambios en el alineamiento postural tanto en el desarrollo como en su consolidación, los cuales son condicionados por aspectos biológicos o contextuales.

Los niños y niñas con edades de entre 7 a 12 años sufren alteraciones en la postura en la búsqueda de un equilibrio ajustable de su cuerpo. Durante esta etapa se da el crecimiento óseo y muscular, aumento de la movilidad articular y ganancia de la fuerza muscular, elementos importantes para el desarrollo de una columna vertebral sana, posicionamiento adecuado de los miembros inferiores y superiores. Por tanto, se posibilita una mayor calidad del movimiento, mejor funcionalidad y disminución del riesgo y complicaciones musculo-esqueléticas y articulares.

Las posibles opciones de tratamiento para la escoliosis son por un lado la intervención quirúrgica (escoliosis severas) y por otro lado el tratamiento convencional.

El tratamiento convencional no tiene mucha evidencia científica, y está compuesto de fisioterapia (diferentes tipos de ejercicio físico, electroterapia, terapia manual, etc.) y de ortopedia usando los corsés. Dentro de la fisioterapia se encuentran medios de tratamiento propios para la escoliosis:

- Método Klapp. Se basa en el estiramiento y fortalecimiento de la musculatura del tronco mediante diferentes posturas de cuadrupedia o gateo, las cuales se distinguen según la localización de la curva. Se fortalece el lado convexo y se estira el lado cóncavo (Lunes, Cecílio, Dozza, y Almeida, 2009).
- Método Mezières. Se centra en las curvas antero-posteriores y busca la elongación del raquis para eliminar las curvas (Ramírez, 2011).

- Método Schroth. Se trata de un método tridimensional de ejercicios, el cual se basa en principios sensoriomotores y cinéstesicos, que se realizan con la ayuda de la estimulación propioceptiva y exteroceptiva, y el apoyo con espejos. La corrección se basa en la “respiración angular rotatoria”, que consiste en que al inspirar el aire se conduce a las áreas cóncavas (San Segundo-Mozo, Valdés-Vilches, y Aguilar-Naranjo, 2009).
- Método de Von Niederhöfer. Se centra en el trabajo de los músculos que se insertan directa o indirectamente sobre la columna vertebral y con músculos largos. Le da más importancia a la desviación lateral, y trabaja analíticamente sobre grupos musculares transversales (Martínez, 2011).

- Método Sohier. Su método se centra en los segmentos intervertebrales para que la corrección se logre progresivamente en toda la columna vertebral. Le da importancia a las actividades de la vida diaria que favorecen la corrección de la curva. Es el método precursor de los métodos quiroprácticos (Calvo, 2015).
- Método Souchard. Este método se dirige bajo los principios de causalidad, individualidad y globalidad, tomando al paciente como una unidad funcional. En su tratamiento utiliza posturas globales y progresivas, cuyo objetivo es actuar sobre las cadenas musculares tónicas (Fernández, 2010).

CONCLUSIONES

La educación para la salud planteada desde el entorno escolar tiene como finalidad el desarrollo de hábitos de vida saludable y el cese de hábitos no saludables, la participación responsable en problemas de salud, desarrollo de actitudes positivas para la salud así como la adquisición de conocimiento de los derechos relacionados con la salud.

La fase de escolarización, debe ser considerada como un período primordial para el establecimiento y el desarrollo de intervenciones relacionadas con la prevención de la salud.

Las posturas inadecuadas obstaculizan en la salud de los estudiantes produciendo a largo plazo lesiones músculo-esqueléticas; es primordial añadir planes de prevención de las alteraciones posturales con evaluaciones periódicas, y seguimiento con las diferentes recomendaciones dadas por el fisioterapeuta.

Se debe usar cada método según la necesidad de cada paciente en cada periodo determinado. La técnica que está actualmente más en desuso para el tratamiento de la escoliosis es la estimulación eléctrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bedoya Marrugo EA, Osorio Giraldo IC, Tovar Henao C, Roqueme Suarez K, Espinosa Fuentes EA. Determinación de la carga física como factor de riesgo de desórdenes osteomusculares. Revista Espacios. 2018; 39 (06): 10.
- Capó-Juan MA. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2016; 23 (3), ISSN 1134-8046.
- Espejo Garcés T, Cabrera Fernández A, Castro Sánchez M, López Fernández JF, Zurita Ortega F, Chacón Cuberos R. Modificaciones de la obesidad a través de la implementación de herramientas físico- posturales en escolares. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2015; 28: 78-83, ISSN 1579-1726.

- Vidal Oltra A. La postura corporal y el dolor espalda en alumnos de educación primaria. Una revisión bibliográfica. EmásF: revista digital de educación física. 2016; 38: 60-72, ISSN 1989-8304.
- Franco Jiménez AM, Barrios Puerta CM, Rojas Jaimes DA, Aguirre Lloaiza. Efecto de un programa de ejercicio físico extraescolar para el alineamiento postural de estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Armenia (Colombia), hallazgos preliminares. Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2016; 16 (2): 257-266.
- Fernández Domínguez Z, Rojas Hidalgo M, Rojas Hidalgo A. La educación postural desde las primeras edades. Revista Luz, educar desde la Ciencia. 2017; 5 (1): 5, ISSN 1814-151X.

- Mejía-Balcázar M, Aguilar-Aguilar B, Mejía-Baraja K. Hábitos posturales de riesgo para desarrollar hiperlordosis, cifosis y escoliosis en niños/as de 11 a 13 años. Cedamaz: Revista del Centro de Estudios y Desarrollo de la Amazonia. 2017; 7 (1): 63-70, ISSN 1390-5880.
- Campo-Ternera L, Herazo-Beltrán Y, García-Puello F, Suarez-Villa M, Méndez O, Vásquez-De la Hoz F. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. Revista Salud Uninorte. 2017; 33 (3): 419-428, ISSN 0120-5552.
- Rodríguez AF, Páez Granja RE, Altamirano Vaca EJ, Paguay Chávez FW, Rodríguez Alvear JC, Calero Morales S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Revista de Educación Médica Superior. 2017; 31 (4).

- Yarce Pinzón E, Martínez Herrera JA, Muñoz Enríquez KG, Villota Ramírez I. Guía postural terapéutica para estudiantes de Quinto Grado. Criterios, Revista de Investigación – Universidad Mariana. 2015; 22 (1): 317-326, ISSN 0121-8670.
- Pantoja TS, Chamorro M. Escoliosis en niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015; 26 (1): 99-108.
- Casadevall Garcells RE. Actividades con ejercicios físicos terapéuticos para la prevención y rehabilitación de la escoliosis funcional en escolares de 5º grado de la escuela “Guillermo Domínguez López” de Delicias. Lecturas: Educación física y deportes. 2015; 204, ISSN-e 1514-3465. Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd204/prevencion-y-rehabilitacion-de-la-escoliosis.htm

- Martín Piñero B, Álvarez Vargas JM, Rojas Proenza O, Triana Guerra I, Argota Claro R. Enfoque actual en la rehabilitación de la escoliosis. Revista Correo Científico Médico. 2014; 18 (1), ISSN 1560-4381.
- Torres Romero, M. Evaluación de la efectividad y principales métodos de fisioterapia en el tratamiento de la escoliosis. Salud y cuidado durante el desarrollo. 2017; 1 (5): 39-43, ISBN 978-84-697-3982-2.

TEMA 72. BOURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA: CASO CLÍNICO

MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON.

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN

•DESCRIPCIÓN DEL CASO

•CONCLUSIÓN

•BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El Burnout fue definido por primera vez por el psicoanalista Freudenberg en 1974, al observar voluntarios que trabajaban con toxicómanosbque, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, agotamiento y desmotivación, y lo conceptualizó como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surgía en aquellos profesionales dedicados al servicio de los demás.

Un problema que tiene gran relevancia en el ámbito de la Salud Laboral y que requiere de un profundo análisis y un esfuerzo de integración para entender los factores que pueden estar relacionados con su aparición, para el posterior enfoque preventivo. Además de una gran complejidad tanto por la multitud de elementos implicados, como por la dificultad de aplicar los conocimientos teóricos a la situación real y particular del trabajador que sufre el burnout.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un médico de 50 años de Atención Primaria de Cartagena, que acude al servicio de Prevención de Riesgos por presentar síntomas de tipo digestivo, aumento de cefaleas y un importante agotamiento emocional. Él lo relaciona con los turnos de trabajo, horarios de alimentación y de sueño, como consecuencia del estrés que el trabajo le genera.

Tiene antecedentes de episodios depresivos anteriores y migrañas.

El médico de Salud Laboral, tras una entrevista con el trabajador, considera que el cuadro puede ser compatible con un síndrome de desgaste profesional y programa una visita al psicólogo, recomendando una mejora de su puesto de trabajo.

Tras la consulta con el psicólogo y haber realizado diversos tests se pone de manifiesto el agotamiento emocional, sin conductas de despersonalización o baja realización personal, concluyendo la presencia de un estado depresivo leve-moderado, con componentes obsesivos y paranoides asociados, descartándose la presencia de Burnout. Se recomienda un estudio de la personalidad y un estudio organizacional para reajustar los horarios al trabajador.

La situación del trabajador no se modifica y al año presenta una Incapacidad Temporal de contingencias comunes por estrés, con diagnóstico de cefaleas migrañosas. Se reevalúa de nuevo por Salud Laboral mediante tests.

CONCLUSIÓN

La conclusión de la evaluación realizada confirma que existe una relación directa entre el sufrimiento emocional del profesional con la exposición al riesgo de carácter psicosocial. Por ello se considera necesario realizar una serie de modificaciones y recomendaciones tanto en el ámbito personal como en lo organizacional.

BIBLIOGRAFÍA

Cebrià,J. Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas.

Aten.Primaria 2003;31(9):564-74

Gil-Monte, P. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndromes de

quemarse por el trabajo. Anales de psicología. 1999; 15(2):261-68

Gonçalves Estella, J. Síndrome de Burn-out en el médico general. Medicina General 2002;43:278-83

Sos Tena,P. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. Medifam 2002;

TEMA 73. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ANOREXIA NERVIOSA

DAVID PÉREZ BERENGUER

ÍNDICE

- Introducción
- Criterios diagnósticos
- Tipos clínicos
- Complicaciones físicas
- Factores etiológicos
- Tratamiento
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. Se relacionan con ideas sobrevaloradas acerca de la importancia de la delgadez. En la anorexia nerviosa lo esencial es el miedo extremo a engordar y el deseo de mantenerse delgado. Se recurre a diversos métodos para mantenerse delgado. Comer poco o nada es la conducta más frecuente para conseguirlo, pero no la única puesto que puede realizarse ejercicio de forma exagerada o abusar de purgativos para perder peso.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a individuos postpuberales, ya sean adolescentes o en su primera juventud. Afecta mayoritariamente (90%) a mujeres. Su incidencia en hombres se ha ido incrementando, aunque suelen ser raros más allá de los 40 años, no obstante, en muchos individuos se cronifican a lo largo de la vida.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Los criterios clínicos que nos permiten reconocer la anorexia nerviosa son:
- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso deseable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo de un peso normal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Alteraciones de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

Característicamente existe una conducta de negación de la existencia de enfermedad. Las pacientes no reconocen problema alguno y es su familia quien suele forzar la actuación médica. Las pacientes suelen disimular su aspecto con ropas anchas y se alteran las percepciones corporales de hambre o de fatiga.

TIPOS CLÍNICOS

• Tipo restrictivo: Se restringe la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, y se realiza actividad física y ejercicio en exceso, sin atracones ni recurrir a purgas (uso excesivo de laxantes, vómitos, diuréticos o enemas).

• Tipo purgativo/compulsivo: Junto a la restricción alimentaria hay conducta de atracones y recurso a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos). En el tipo purgativo es más frecuente la comorbilidad con trastornos del control de impulsos, abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad.

COMPLICACIONES FÍSICAS

- Debilidad, laxitud.
- Apatía, falta de concentración.
- Palpitaciones, fatiga, disnea y dolor torácico.
- Frialdad en extremidades.
- Dolor óseo con el ejercicio.
- Debilidad y dolores musculares.
- Retraso en la maduración psicosexual y disminución de la libido.
- Fatiga, intolerancia al frío, vómitos, dolor abdominal, hinchazón, diarrea y estreñimiento.
- Cambios en el cabello.
- Malnutrición.

COMPLICACIONES FÍSICAS

- Trastornos cognitivos, depresión, animo, irritabilidad.
- Arritmias, bradicardia, hipotensión ortostática marcada, vasoconstricción periférica con acrocianosis.
- Puntos dolorosos, talla baja/retraso crecimiento esquelético.
- Atrofia muscular.
- Perdida de menstruación o amenorrea primaria, retraso del desarrollo sexual o regresión de los caracteres sexuales secundarios. Problemas de fertilidad.
- Mayor tasa de complicaciones gestacionales y neonatales.
- Hipotermia.

COMPLICACIONES FÍSICAS

- Rara vez, hematomas y trastornos de coagulación.
- Distensión abdominal con las comidas.
- Ruidos intestinales anormales.
- Edema marcado.
- Lanugo.

COMPLICACIONES FÍSICAS

La anorexia nerviosa responde a los tratamientos especializados y hospitalarios. Cuanto antes se inicie el tratamiento, mejor es el pronóstico. La mitad suele recuperar peso normal, un 20% mejoran con pesos bajos y un 20% no cambian. Un 5% se vuelven obesas. En casi todos los casos persiste el miedo a engordar. Tras unos primeros años de restricción es muy frecuente iniciar ciclos de tipo compulsivo/purgativo, a veces con ganancia ponderal y cambio de diagnóstico a bulimia. La mortalidad es alta (aproximadamente un 6%), siendo fundamentalmente como consecuencia de la inanición (arritmias cardiacas) o por suicidio.

FACTORES ETIOLÓGICOS

- Culturales.
- Historia personal o familiar de sobrepeso.
- Patrón familiar desestructurado y abuso sexual en la infancia.

TRATAMIENTO

• Psicoterapia grupal o individual cuyo objetivo es encontrar las causas que producen este tipo de trastornos.
• Reeducación nutricional.
• Tratamiento con medicamentos, en especial para estimular el apetito, aunque no son de utilidad alguna para la anoréxica mental.
• Los antidepresivos reducen la frecuencia de comer compulsivamente y su posterior vómito.

BIBLIOGRAFÍA

- Oriol Molina Andreu, Alejandro Marieges Gordo, Borja Ruiz mateos, Jaime Campos Pavón, Eduardo Franco Díez, Aida Suarez Barrientos, et al. manual amir enfermería enfermería psiquiátrica y salud mental. 1º edición.

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5º edición. Arlington: Panamericana; 2014.

- Francisco J.Tinahones Madueño. Anorexia y Bulimia. Diaz de Santos. Madrid; 2003.

- Linda Eby, Nancy J. Brown. Cuidados de enfermería en salud mental. 2º Edición. Pearson.

- Gérard Apfeldorfer. Anorexia, Bulimia, Obesidad. Paris: Siglo veintiuno; 2004.

TEMA 74. BIOSEGURIDAD Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES SANITARIOS CON EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS DEL GRUPO 4

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

CECILIA GRAU LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los agentes biológicos se consideran un factor de riesgo laboral ya que pueden desencadenar enfermedades profesionales y/o laborales. Los agentes biológicos del grupo 4 son altamente peligrosos, pues pueden causar una enfermedad grave en el hombre y presentar gran poder de propagación (generalmente sin tratamiento eficaz ni profilaxis preventiva). Destacan una gran variedad de virus como:

virus Guanarito, virus Lassa.
virus Junin
virus Machupo
virus de la Fiebre Hemorrágica de Crimea/Congo
virus Ébola
virus Marburg
Variola virus…

INTRODUCCIÓN

Las principales medidas de protección para los trabajadores sanitarios que se exponen a este tipo de agentes patógenos son:

- ✓Reducir mínimamente al grupo de trabajadores expuestos (estableciendo lista de los trabajadores durante diez años);
- ✓No comer, ni beber, ni fumar, ni usar cosméticos en el laboratorio ni favorecer su almacenaje;
- ✓Usar lavado de manos antes y después de la manipulación de estos productos;
- ✓Usar equipos de protección individuales (EPIs) específicos y adaptados a cada caso, manteniendo su perfecto estado.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta revisión sistemática bibliográfica fueron:

- Participar activamente y anualmente en cursos de información específicos sobre las medidas de prevención de estos agentes y su manejo.
- Conocer los agentes biológicos del grupo 4.
- Saber aplicar las medidas de protección cuando existe una exposición a estos agentes.
- Participar con Salud Laboral en la realización e instauración de protocolos específicos ante la exposición a agentes biológicos del grupo 4.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistémica encontrándose 44 estudios, de los cuales se escogieron 8 por su interés científico.
Las bases de datos consultadas fueron en Pubmed, Scielo, Embase, Lilacs, Dialnet y Google Académico… así como en Medicina Basada en la Evidencia y Sumarios de Evidencias (UpToDate).
Se han prestado interés a las revisiones de los últimos cinco años.

Descriptores: “BIOSEGURIDAD”, “MEDIDAS DE PROTECCIÓN”, “SANITARIOS”, “TRABAJADORES”, “EXPOSICIÓN”, “AGENTES BIOLÓGICOS GRUPO 4”.

RESULTADOS

Los trabajadores tendrán que llegar a acuerdos laborales con el equipo de salud laboral respecto a la vigilancia y los protocolos establecidos para llevar a cabo su trabajo con el menor riesgo posible.

Será imprescindible y obligatoria, la asistencia a cursos especializados de protección, control y manejo de agentes biológicos del grupo 4.

La unidad de salud laboral y riesgos laborales se ocupará de enseñar a los profesionales sanitarios y aclarar todas las dudas que se presenten, junto a informar de la legalidad y el sistema a seguir cuando se produzca alguna fuga o mal control de dichos agentes.

CONCLUSIÓN

Los trabajadores deberán recibir información apropiada, específica y orientada a sus medidas preventivas de salud y del entorno de trabajo.

En un futuro, se dispondrá de cámaras herméticas y robotizadas que ejecuten estas tareas profesionales, siempre bajo la supervisión y mando del ser humano.

Los nuevos avances tecnológicos e informáticos, actuarán frente a la salud y exposición del personal, garantizando la bioseguridad del ambiente y de las personas al cien por cien.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras, ZR, Ramírez, P, Bermúdez, V. Asociación entre la exposición al riesgo biológico y signos y síntomas clínicos en asistentes de laboratorio. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2017;36(3):49-57. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55950806001
2. Diaz-Tamayo, AM, Vivas M, MC. Riesgo biológico y prácticas de bioseguridad en docencia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2016;34(1):62-69. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12043924007
3. Aguilar-Elena, R., González Sánchez, J., Morchón, R., Martínez-Merino, V. ¿Seguridad biológica o bioseguridad laboral?. 2016. Gaceta Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

4. Ruiz Hernández Araelis Ramona, Fernández García Jorge Ramón. Biosafety principles in stomatological services. Medicentro Electrónica. 2013 Jun; 17(2): 49-55. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200002&lng=es.

TEMA 75. USO DE ANTIPSICÓTICOS EN ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

TERESA LÓPEZ ARTEAGA

PEDRO PADILLA ROMERO

ÍNDICE

1. QUÉ DICEN LAS GUÍAS
2. CLOZAPINA
3. POLITERAPIA
    a. CLOZAPINA + X
    b. ATÍPICOS + X
    c. POLITERAPIA Y ADHERENCIA
4. EFECTOS SECUNDARIOS
5. DOSIS FUERA DE FICHA TÉCNICA
6. ALGORITMO PARA LA TOMA DE DECISIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

- **APA**
- **NICE**
- **RANZCP**
- **TMAP**
- **PORT**
- **International Psychopharmacology Algorithm Project**
- **Canadian Psychiatric Association**
- Pendiente de revisión Guía SNS.

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

- **ASG**
  - Empleo preferente para primer episodio psicótico **(APA)**
  - Parecen más efectivos en prevención de recaídas **(RANZCP)**

- Uso de **clozapina** después de una o dos pruebas con fracaso con otros antipsicóticos.

- No utilización de **combinaciones** de medicamentos antipsicóticos, excepto como último recurso. **Canadian Psychiatric Association**: la utilización de más de un antipsicótico no está respaldada por la evidencia suficiente.

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

El proyecto **TMAP** (Texas Medication Algorithm Project) del año 2008, es distinto:

- se basa en el consenso de un *grupo de experto* sobre su *experiencia clínica*.

- articula sus recomendaciones sobre la elección de antipsicóticos en un algoritmo con *fases sucesivas* en caso de fallar la primera o anterior

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

- **Fase 1**:
  - Aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona.
  - Si no responde, pasar a fase 2.
  - Si hay riesgo de suicidio, niveles altos de violencia o problemas por abuso de sustancias, considerar directamente clozapina.
- **Fase 2**: ASG distinto o APG.
- **Fase 3**: **Clozapina**. Recomendable si está más de dos años con síntomas positivos, y casi obligatorio si más de 5 años.
- **Fase 4**: **Clozapina** asociada a otro antipsicótico (típico o atípico), o asociada a TEC.
- **Fase 5**: *Monoterapia* con un típico o un atípico no empleados.
- **Fase 6**: *Terapia de combinación*. Atípicos y típicos, TEC con típicos o atípicos, estabilizantes del humor con típicos o atípicos.

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

PRIMER EPISODIO: ¿TÍPICO O ATÍPICO?

- PORT: indistinto pero no clozapina ni olanzapina por efectos secundarios
- NICE: indistinto
- BAT: indistinto pero en el caso de típicos, escoger baja potencia
- TMAP: ASG

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

FASE AGUDA: TÍPICO O ATÍPICO

- PORT: indistinto, pero no clozapina
- NICE: indistinto
- BAT: indistinto
- TMAP: ASG, sin unanimidad entre expertos

FASE AGUDA: CUANTO TIEMPO ESPERAR ANTES DE CAMBIAR DE ESTRATEGIA

- PORT: sin indicaciones en este aspecto
- NICE: sin indicaciones en este aspecto
- BAT: 4 semanas con dosis óptima
- TMAP: 4 semanas con dosis óptima

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

RESISTENCIA

- PORT: 2ª linea: ASG distinto.
  3ª línea: clozapina
- NICE: 2ª línea: un antipsicótico distinto, uno de ellos debe ser ASG.
  3ª línea: clozapina
- BAT: escéptico sobre el cambio de antipsicótico sino es clozapina.
- TMAP: 2ª línea: o ASG distinto o un APG.
  3ª línea: clozapina

PORT, NICE, BAP están de acuerdo en que:
no es preciso rebasar la dosis máxima
ni la combinación de antipsicóticos que no sean clozapina.

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS: continuar el fármaco que fue eficaz en la segunda fase y en cuanto a dosis:

- PORT:
  - equivalentes a 300-600mg clorpromacina,
  - aripiprazol, ziprasidonal, olanzapina, risperidona, paliperidona y quetiapina **mismas dosis que en fase aguda**.
- NICE: sin recomendación en este aspecto
- BAT: sin recomendación en este aspecto
- TMAP: recomendación general en emplear **dosis menores**

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

CUANDO EMPLEAR CLOZAPINA:

- PORT: tras haber fallado dos tratamientos antes, ante **hostilidad/violencia persistente**, **riesgo de suicidio** persistente.
- NICE: tras haber fallado dos tratamientos antes, habiendo sido uno de ellos un atípico.
- BAT: en los casos de **agresividad persistente**
- TMAP: en primera línea en los casos de riesgo suicida persistente, violencia o **comorbilidad con abuso de tóxicos** y, en tercera línea en los casos resistentes.

1.- QUÉ DICEN LAS GUÍAS

- Revisar diagnóstico
- Establecer la adherencia a la dosis y duración prescritas
- Revisar si se ha empleado correctamente las intervenciones piscosociales, al paciente y la familia.
- Considerar otras causas: comorbilidad física, consumo de sustancias.
- Proponer clozapina si no ha respuestas tras el uso de dos antipsicóticos consecutivos a dosis adecuadas
- Si no hay respuesta, revaluar tres primeros puntos, **INCLUIR MEDICIÓN NIVELES DE FÁRMACO EN SANGRE** antes de añadir otro segundo antipsicótico. Tiempo de valoración entre 8-10 semanas. Elegir antipsicótico que no potencie los efectos secundarios de la clozapina.

2.- CLOZAPINA

- Eficaz en el 50-60% de los pacientes con esquizofrenia resistente.
- Gran variabilidad farmacocinética, en 1997 ya se recomienda su medicion en plasma.
- Umbrales entre 250 y 400 nanogramos/ml
- No se ha establecido techo en la concentración, se recomienda profilaxis como anticomicial a dosis de 500 y obligado si 1000 cambios electroencefalograficos y convulsiones. Contraindicada la CBZ.
- ¿QUE EQUIVALENCIA HAY ENTRES DOSIS ORAL Y NIVELES EN SANGRE?

3.- POLITERAPIA

- Politerapia con clozapina (NICE)/sin clozapina (TAMP)
- Transición entre tratamientos
- Último recurso
- No todas las combinaciones son válidas
- Más frecuente en la práctica clínica que lo publicado
  - (70% prevalencia)
- Plan terapéutico individualizado:
  - monitorización de la respuesta clínica,
  - de los efectos adversos y
  - de la salud física.

3.- POLITERAPIA

Freudenreich y Goff (2002) plantean tres posibles justificaciones para el uso de politerapia antipsicótica en el tratamiento de la esquizofrenia resistente.

- La combinación permitiría aumentarla ***ocupación del receptor D2.***
- Obtención de un mayor beneficio terapéutico al actuar sobre ***múltiples receptores*** (Kapur et al., 1999).
- ***Minimizar efectos adversos*** que hacen no tolerable la toma de un solo fármaco en la dosis eficaz.

3.a.- POLITERAPIA: CLOZAPINA + X

- TÍPICO: se acepta su uso, si fracasa, retomar monoterapia
- **RISPERIDONA:** combinación «racional» , «bien tolerada»
- **ARIPIPRAZOL:** puede permitir disminuir dosis de clozapina y reducir efectos secundarios
- OLANZAPINA: sin estudios suficientes (según Stahl 1999, serendipity)
- QUETIAPINA: no racional, perfil similar
- **ZIPRASIDONA:** asociación segura, disminuir dosis clozapina y reducir efectos secundarios
- **AMISULPRIDE:** asociación segura, disminuye dosis clozapina sin riesgo recaída, mejora síntomas positivos y negativos

3.b.- POLITERAPIA: ATÍPICOS + X

- RISPERIDONA---OLANZAPINA: ¿?
- RISPERIDONA---QUETIAPINA: ¿?
- RISPERIDONA---AMISULPRIDE: sin sentido, actividad receptorial parecida
- **AMISULPRIDE--- OLANZAPINA: Asociación posible**
- OLANZAPINA---QUETIAPINA: ¿?

3.c.- POLITERAPIA Y ADHERENCIA

- Usos de medicación de larga duración en dos situaciones:
  - Elección del paciente voluntariamente. Los ASG son preferibles por mejor tolerabilidad y menos riesgo de discinesia tardía y,
  - Favorecer la adherencia. Un intervalo de dosificación extendido favorece la no recaída en este tipo de pacientes.
- Existen estudios que afirman que los tratamientos de larga duración están infrautilizados y que deberían considerarse como primera opción en paciente en fases iniciales.
- Existen estudios que demostraron superioridad significativa para la monoterapia (tratamientos de larga duración) frente a la politerapia en la mayoría de los ASG.

4.- EFECTOS SECUNDARIOS

- Recomendaciones de tratamiento en función de clínica positiva.
- GPC SNS 2012:
  - En caso de extrapiramidalismo, discinesia tardía o hiperprolactinemia, cambiar a ASG diferente del previo.
- GBE de APAL y APM (2014):
  - Si sd. metabólico→ valorar cambio antipsicótico
  - Si parkinsonismo→ valorar cambio antipsicóticos
  - Si discinesia tardía→ clozapina

5.- DOSIS FUERA DE FICHA TÉCNICA

- Dosis máxima en equivalencia a clorpromacina 1000mg/d .
- La utilización de dosis fuera de ficha técnica en ASG es habitual pero con poca sustentación en la evidencia.
- «*Las dosis máximas recomendadas, obedecen a estudios de registro encaminados a la puesta en el mercado de dichos fármacos, puesto que reflejan titulaciones bajas a fin de no procurar efectos secundarios que pudieran ser obstáculo en su comercialización».*
- El peso, el sexo, la raza y los diferentes sistemas enzimáticos de transporte y metabolización, hacen que los tratamientos hayan de ser individualizados en la medida de lo posible, y revisados y ponderados en función de los niveles plasmáticos de los fármacos en los pacientes, en los casos en que ello sea posible.

6.- ALGORITMO PARA LA TOMA DE DECISIONES

RANZP, ASG más efectivos en prevención de recaidas. Moore, 2007

ASG

6 semanas

Cambiar ASG (TAMP)/ASP

ARIPIPRAZOL, OLANZAPINA, QUETIAPINA, RISPERIDONA, ZIPRASIDONA

Cambiar ASG (NICE)/ASP

6 semanas

CLOZAPINA

dosis máx. oral: 900mg/d
dosis máx. sangre: 400ng/ml

- Discinesia tardía (APAL, 2014)
- Dual, suicidio, violencia (TAMP)
- Si dos fallos previos
- Si un fallo era con ASG: (NICE)
- Si 2 años con síntomas positios/ 5 años con clínica persistente: (TAMP)

- SI NO ADHERENCIA→DEPOT
- DOSIS FUERA FICAHA TÉCNICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO

6 semanas *(probar potenciación con eutimizantes)

CLOZAPINA + TEC (TAMP)
CLOZAPINA +APG (TAMP)
CLOZAPINA + ASP

RISPERDIONAARI
PIPRAZOL
ZIPRASIDONA
AMISULPRIDE

Si falla, es preferible retomar monoterapia
CANADÁ
NAVARRA, 2012
SANTOS, 2015

POLITERAPIA +/-
→Posible: OLANZAPINA + AMISULPRIDE
→NO: ARIPIPRAZOL +FLUFENACINA, PERFENACINA; HALOPERIODL; PIMOZIDA; AMISULPRIDE; RISPERIDONA, PALIPERIDONA
(COM. VALENCIANA, 2014)

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente del SNS, 2012
- Moore TA, Covell NH, Essock SM, Miller AL. Real-world antipsychotic treatment practices. Psychiatr Clin North Am. 2007;30(3):401-16.
- Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. Carlos Heimann Navarra. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (125), 79-91. doi: 10.4321/S0211-57352015000100008
- NICE 12 Febrero 2014 http:nice.org.uk guidance /cg178
- Estrategias terapéuticas en la esquiofrenia refractaria o esquizofrenia resistente al tratamiento. Osteba 2012. Informe de evaluación D-12-04.
- Esquizofrenia resistente al tratamiento. Santos Gómez J.L, Plaza Rubio S. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La-Mancha. Vol.XVI, nº2, 2015.
- Actualización en Esquizofrenia ultrarresistente al tratamiento. Espino Díaz; Ramos Rio. ADAMED.

7.- BIBLIOGGRAFÍA

- Monitorización de niveles plasma de antipsicóticos atípicos. Ernesto José Verdura Vizcaíno, Daniel Ballesteros Sanz, Javier Sanz-Fuentenebro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (115), 499-519
- Criterios de calidad en Psiquiatría, 2016. ISBN: 978-84-7989-862-5
- Guía basada en la evidencia de la APAL y APM para el tratamiento de la Esquizofrenia, 2014.
- Tolerability of effective high doses of paliperidone palmitato in patients with severe resistant schizophrenia. Juan J. Fernandez-miranda and Silvia Díaz-Fernández. International Clinical Psychopharmacology, 2016.
- RC 1015/2009 del 19 de junio por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Instrucciones de Gerencia sobre prescripción de ficha técnica. (Intranet)
- Tratamiento antipsicótico ante fracaso en la primera línea de tratamiento. Lucía Moreno Izco. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra Volumen 20, Nº 5 octubre-diciembre 2012.

TEMA 76. CALIDAD Y ERGONOMÍA EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

OBJETIVOS

- Proteger la salud de los trabajadores sanitarios.
- Mejorar la calidad y las condiciones de los trabajadores.
- Desarrollar psicológicamente el grado de satisfacción de los sanitarios.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión sistemática durante los meses de marzo a abril del 2017/18.

Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed, Medlineplus, Scielo, Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet.

RESULTADOS

La mayoría de los profesionales sanitarios no tienen unas condiciones de calidad adecuadas ya que por el tipo de trabajo que desempeñan están expuestos a muchos estrés físico y psicológico repercutiendo en su calidad de vida profesional y personal. Para ello es de vital importancia que la empresa conozca las condiciones que perjudican al trabajador para así poder proporcionarles unas condiciones optimas y de mejor calidad.

Lo primero que tenemos que plantear es unos buenos principios ergonómicos adaptados a las labores de los sanitarios, facilitando la comodidad, descansos y cambios que necesitan estos profesionales tanto a nivel individual como colectivo.

El trabajo en este sector se caracteriza por pasar largas jornadas completas de 8, 12 o 17 horas diarias según turno. También hay que nombrar el turno de noche. En la mayor parte del trabajo los sanitarios, realizan tareas con posturas inadecuadas , lo que implica soportar una carga y esfuerzo , también mantienen una postura fija durante un tiempo prolongado, y con un enorme esfuerzo para el sistema nervioso central.

Las consecuencias en la salud de estos trabajadores suelen traducirse en trastornos musculoesqueléticos, trastornos circulatorios, contracturas musculares que se manifiestan habitualmente en dolores de espalda, cuello, inflamación de muñecas, piernas y tensión ocular. Además de la la carga emocional y psicológica.

La mayor parte de estos problemas de salud de los trabajadores, son previsibles y evitables, en gran medida, haciendo un buen planteamiento ergonómico y de calidad.

CONCLUSIONES

Es importante que el personal de Enfermería tenga beneficios para trabajar en unas condiciones de mejora, siendo estas más sanas y seguras. La calidad y el confort aplicada a los profesionales sanitarios con las herramientas adecuadas, comodidad, descansos y un buen diseño ergonómico ya sea por curso o educación hará que estos trabajadores mejoren en su calidad profesional desempeñando así mejor su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- INSHT (2015). NTP 452: Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural.Documento divulgativo: Posturas de trabajo. Evaluación del riesgo. Disponible en:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_452.pdf

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2016. Disponible en:https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders.

- Boden, L., Sembajwe, G., Tveito, T., Hashimoto, D., Hopcia, K., & Kenwood, C. et al.Occupational injuries among nurses and aides in a hospital setting. Am J Ind Med; 55(2):117-26, 2012. MEDLINE, Portal Regional de la BVS. Am J Ind Med, 55. Retrieved from http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-22025077

- Nery, D., Toledo, A., Oliveira Júnior, S., Taciro, C., & Carregaro, R. (2013). Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de UTI. Fisioter. Pesqui, 20(1), 76-82. Retrieved from http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-674304

TEMA 77. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO
ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN
JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

INTRODUCCIÓN

Los residuos que se generan en los centro sanitario se clasifican en 4 tipos:

- Residuos del tipo I: residuos sanitarios asimilables a residuos municipales (cartón, papel alimentos, residuos de pacientes no infecciosos, etc.),
- Residuos del tipo II: residuos sanitarios no especificos (material de curas, ropa y material de un solo uso, contaminado con sangre, secrecciones, etc.) no englobados en los de grupo III.
- Residuos del tipo III: residuos sanitarios específicos o infecciosos (agujas y anatómicos no reconocibles, cultivos infecciosos, etc.).
- Residuos del tipo IV: residuos tipificados en normativas específicas. Incluye residuos citostáticos, quimicos, radiactivos y residuos anatómicos con entidad o reconocibles.

OBJETIVOS

- Clasificar los residuos en el contenedor correspondiente
- Disponer en los centros sanitarios de todos los tipos de contenedores necesarios
- Fomentar en el personal sanitario recursos educativos del manejo de los distintas clases de residuos.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática durante los meses de marzo a abril del 2017/18 .

Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed, Medineplus, Scielo, Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet y guías clínicas de la SECPAL y la ACS.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Es de vital importancia que los sanitarios conozcan la clasificación de los contenedores de residuos para así colocar los residuos en cada contender apropiado . Los sanitarios trabajan con muchos residuos de los tipos II, III, y IV por ello deben tener una buena educación en el manejo de estos residuos para así colocarlos debidamente en el contenedor adecuado y así previniendo posibles contaminaciones.

Además El transporte de estos residuos hacia la zona de almacenaje se realizará cumpliendo los periodos de recogida y normas vigentes de protección que eviten la rotura de las bolsas o recipientes de transporte.

BIBLIOGRAFÍA

- NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarioshttp://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_372.pdf
https://www.google.es/search?q=CLASIFICACI%C3%93N+DE+RESIDUOS+EN+EL+%C3%81MBITO+SANITARIO&rlz=1C1SAVG_enES519ES519&oq=CLASIFICACI%C3%93N+DE+RESIDUOS+EN+EL+%C3%81MBITO+SANITARIO&aqs=chrome..69i57.1311j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Decreto 27/1999, de 9 de febrero, de la gestión de los residuos sanitarios
DOGC 2808 – 16.2.99

TEMA 78. PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN EL AMBITO SANITARIO

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

OBJETIVOS

Evitar o minimizar las agresiones a las que el personal sanitario está expuesto, en el marco de su trabajo o debido al mismo.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española, en su artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. En desarrollo de tal mandato constitucional y de la normativa comunitaria europea al respecto, se dictó la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, que establece el régimen jurídico básico de la prevención de riesgos laborales, disponiendo las medidas y distribuyendo las responsabilidades para garantizar la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo en nuestro país.

Las agresiones que sufren los profesionales del sector sanitario en su puesto de trabajo, deben enmarcarse, por tanto, como situaciones de riesgo laboral y, de acuerdo con dicha legislación, deben ser corregidas. Para ello se deben aplicar las medidas que intenten evitar el riesgo cuando sea posible o, si no es posible, aplicar medidas preventivas que lo hagan tolerable.

MATERIAL Y METODO

- Se realiza una revisión sistemática durante los meses de marzo a abril del 2017/18 .
- Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed, Medlineplus, Scielo, Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet.

RESULTADOS

- Para prevenir las agresiones en el ámbito sanitario es necesario establecer medidas que actúen sobre diferentes ámbitos:
- Sobre el ambiente laboral:
  - Proporcionar a los usuarios zonas de espera confortables, de fácil acceso y con carteles aclaratorios.
  - Instalar mamparas de seguridad en áreas de riesgo (puntos de información, atención al paciente…)
  - Colocar cámaras de seguridad en entradas, salidas, salas de espera o puntos de entrega.
  - Disponer carteles que informen al usuario sobre las medidas de seguridad y las consecuencias de cometer una agresión.
  - Establecer áreas de trabajo con buena iluminación y visibilidad, que permitan identificar al posible agresor, así como la salida rápida en caso de peligro.
  - Asegurar al profesional sanitario el acceso rápido a una zona segura.
  - Evitar zonas que proporcionen cobertura al agresor con buena iluminación del exterior e interior.

RESULTADOS

- Sobre el sistema de trabajo:
  - Gestión y diseño eficaz de los programas de atención al usuario.
  - Dar información adecuada sobre sistemas y procedimientos de trabajo.
  - Garantizar niveles de plantilla adecuados para cada servicio o turno, así como reforzar puestos de alto riesgo.
  - Establecer protocolos de actuación claros en caso de incidente.

- Sobre el profesional:
  - Proporcionar al trabajador la formación necesaria que le permita manejar situaciones de violencia (identificar al paciente agresivo, mantener la calma, uso correcto de las medidas de seguridad, desarrollar habilidades como la escucha activa, la asertividad o la empatía, etc).
  - Indicarle el protocolo a seguir en caso de agresión.

CONCLUSIÓN

- Diariamente los profesionales sanitarios están expuestos a diferentes tipos de violencia, ya sea por parte del paciente, de los familiares de este o incluso de compañeros de trabajo.
- La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos de los trabajadores y puede acarrear consecuencias graves en estos dependiendo de la agresión y las características personales de cada víctima. Así, estas consecuencias pueden ir desde la desmotivación y pérdida de satisfacción profesional, hasta el estrés o los daños físicos y psicológicos.
- Los niveles de riesgos, sea cual sea su procedencia, pueden evitarse, controlarse y reducirse, pero para ello es necesario ejecutar medidas eficaces que estén al alcance del personal sanitario. Por lo tanto, es necesario incidir en la prevención de la violencia y proporcionar al personal sanitario las herramientas de actuación que eviten al máximo el riesgo de agresión.

BIBLIOGRAFÍA

- Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout .Anales Sis San Navarra 2010; 33 (supl.1)

- Pacto entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones sindicales CEMSATSE, UGT, SAEUSCAL y CSI-CSIF sobre las actuaciones a desarrollar para elaborar el Plan

- Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid: B.O.C.y L.; Nº 116. Fecha de publicación: 18/06/2008.

- Garcia-Macià, Ramona. "Prevención de la Violencia en el Personal Sanitario." *VI Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. La Coruña*. 2008.

- Grasa, José María Altemir, and Alfonso Arteaga. "Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario." *Enfermería clínica* 28.2 (2018): 125-132.

TEMA 79. ACTIVIDAD FISICA EN PERSONAL DE ENFERMERIA

DIEGO HERRERA GONZÁLEZ

CRISTINA GUZMÁN PÉREZ

ROGELIO JOSÉ RODRIGUEZ PÉREZ

PILAR DORANTES ROMERO

ÍNDICE

- Introducción……Pag 3
- Objetivo……Pag 4
- Metodología……...Pag 5
- Resultados……..Pag 6
- Discusión……Pag 8
- Conclusión……..Pag 9
- Bibliografia……..Pag 10

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida comienza a ser objeto de estudio a partir de los años 50, en EE.UU. por tanto los componentes del mismo también se comenzaron a tener en cuenta, y la actividad física se encuentran dentro del mismo. Según cómo realicemos la evaluación de esta podemos hablar de escalas dicotómicas, ordinales o continuas. Estudios reflejan que en 2012 menos de la mitad de la población mundial cumplía los índices de actividad física recomendados

OBJETIVO

El objetivo del presente Trabajo Fin de Grado ha sido conocer la prevalencia de actividad física, junto al nivel de actividad y el tipo de la misma realizados por el profesional sanitario de enfermería en los distintos ámbitos de trabajo del mismo

METODOLOGIA

En el presente trabajo fin de grado hemos contado con la colaboración de 60 enfermeros tanto del distrito sanitario Granada metropolitano, como del complejo hospitalario de dicha ciudad. Los criterios de elección de los participantes han sido ser profesional de enfermería en activo y estar de acuerdo con la información dada sobre el estudio, en cambio no podían participar enfermeros que estuviesen de vacaciones o de baja laboral. Hemos encuestado a los enfermeros para averiguar qué tipo de actividad realizan, esta encuesta realiza preguntas específicas de actividad física intensa, moderada, y caminata de más de 10 minutos seguidos. La escala utilizada es la escala internacional de actividad física (IPAQ) que se trata de una escala validad por el Sistema Andaluz de Salud. Después de realizar dicha encuesta los participantes contestaron a tres preguntas de interés estadístico sobre el lugar de trabajo, la edad y el sexo.

RESULTADOS

La prevalencia de actividad física intensa fue del 33.3% de los encuestados, la prevalencia de la actividad física moderada es del 53.3% y por último la actividad física baja tiene una prevalencia del 13.3%. En atención primaria la prevalecía de actividad física es del 100% ya que el nivel de actividad física moderada tiene una prevalencia del 36.4% y el alto del 63.6%, no dejando cabida al nivel de actividad bajo, o inactividad, como también lo llama la misma escala. En cambio, este parámetro tiene una prevalencia del 16.3% en la atención especializada. Habiendo comparado la media de todas las variables según el lugar de trabajo

RESULTADOS

En tres de ellas $p<0.05$, en la actividad física intensa ($p=0.001$), en las horas que dedican a dicha actividad ($p=0.045$) y en el nivel de actividad ($p=0.002$), pudiendo decir que hay una diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios hablan de un 70% de sedentarismo, en cambio, en nuestro estudio el sedentarismo supone menos de 3 de cada 20 personas, concretamente son el 13% de los encuestados.
El nivel de actividad mayoritario ha sido el moderado, que es practicado por un 53,3% de los encuestados. Podemos decir que los enfermeros granadinos son físicamente más activos que los enfermeros encuestados en los estudios de chilenos y brasileños

CONCLUSIÓN

*L*a prevalencia de la actividad física ha sido mucho mayor a la del sedentarismo, un 86.6% frente a un 13.4% respectivamente. El nivel de actividad más practicado ha sido el moderado con una prevalencia del 53.3%.

La comparación de variables entre los dos grupos de enfermeros según el lugar de trabajo indica que hay diferencias estadísticamente significativas en tres de ellas ($p<0.05$), en la actividad física intensa ($p=0.001$), horas actividad física intensa ($p=0.045$) y el valor del test ($p=0.002$), el resto de variables estudiadas no tienen evidencia significativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Milagro Morón Tataje. Relación entre estilo de vida y las características socio laborales de los enfermeros del hospital Sergio Bernales en el año 2012. ISSN 1816-7713

- Hernandez J, Forero c. concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida y actividad física en una comunidad académica de salud. Rev. Cubana de Enfermeria. 2011; 27(2): 159-170.

- Sanchez J. Escobar S. Vega J. Porras A. Angarita F. Actitudes hacia el ejercicio físico y practica de actividad física en profesionales de la salud: estudio de corte transversal, 2015. Recibido para publicación: 20-01-2016 - Versión corregida: 23-09-2016 - Aprobado para publicación: 30-09-2016

BIBLIOGRAFÍA

- González S, Sarmiento O, Lozano O, Ramírez A, Grijalba C. Niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. Biomédica 2014; 34(3):447-59

- Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RS Jr. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1991;325:147-52.

- Boraitia A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. Prevención cardiovascular (III). Servicio de Cardiología. Centro de Medicina del Deporte. Consejo Superior de Deporte. Madrid. España.

TEMA 80. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

IGNACIO SALGUERO TEJADA

SOFÍA MARÍA ESPIAU GONZÁLEZ

INDICE

1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE COLON
2. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL PROGRAMA
4. ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES PERSONALES DE CCR
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. EPIDEMIOLOGÍA

En el año 2016 el cáncer fue la segunda causa de muerte en España tras las enfermedades del sistema circulatorio. La primera en hombres.

Entre estas el cáncer de colón ocupa la segunda posición dentro de la población general, tras el de pulmón, con un 2,2% de las defunciones totales.

Se trata de una cifra a la alza. Influido por el cambio de estilo de vida en los últimos años, tabaco/alcoholismo y el aumento de la esperanza de vida de la población, el cáncer de colon se está situando como un problema creciente que necesita ser atajado.

Fruto de ello nace el cribado de cáncer de colón.

2. PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

El programa nace con el objetivo de reducir la incidencia y mortalidad de esta patología, ya que este tipo de cáncer tiene un período de latencia muy largo hasta que se manifiestan los síntomas.

La población diana son hombre y mujeres de entre 50-69 años, ya que tienen la mayor prevalencia.

Consiste en una prueba de sangre oculta en heces que se realiza con una periodicidad de cada dos años si resulta negativo.

En caso de resultado positivo se procede a la realización de una colonoscopia que será la prueba definitiva para su diagnóstico.

El test de sangre oculta en heces se basa en que el cáncer colorrectal o sus lesiones precursoras producen sangrado. Aunque hay que destacar que muchas veces la hemorragia detectada es secundaria a otras patologías no graves, como la presencia de hemorroides o fisuras anales.

Por norma general, aproximadamente un tercio de los sangrados estaba provocado por hemorragias del conducto anal, un tercio por patologías inflamatorias y un tercio por carcinomas y pólipos.

Existen dos formas de medir la sangre en heces:

Cuantitativa: A partir de una cierta cantidad se considerará positivo

Cualitativa: La presencia de sangre considerará positiva la prueba.

3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROGRAMA

Serán criterios de exclusión los siguientes:

- Antecedentes personales de cáncer de colon.
- Sintomatología sospechosa: presencia de sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales durante más de 6 semanas, pérdida de peso o cansancio inexplicable o dolor/malestar abdominal persistente. Serán remitidos directamente a la realización de una colonoscopia.
- Antecedentes familiares.
- Historia familiar de poliposis adenomatosa familiar u otros síndromes polipósicos o de Síndrome de Lynch
- Realización de colonoscopia con resultado negativo.
- Enfermedad terminal.

4. ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES

Además del cribado existen una serie de directrices para seguir a la población en riesgo, a saber, aquella que presenta familiares afectados:

Es importante remarcar que cuando hay un familiar de primer grado afecto de neoplasia colorrectal, el riesgo está condicionado por la edad en el momento del diagnóstico.

Si existen 2 ó más familiares de primer grado con una neoplasia colorrectal, debe realizarse una colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años de edad o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar.

Si los antecedentes de neoplasia colorrectal son familiares de segundo grado, se realizará el cribado a los 40 años en lugar de los 50 pero por lo demás será tratado igual que el resto de la población.

5. CONCLUSIONES

El programa de cribado nace con la intención de atajar la problemática que ha supuesto el cáncer de colon en los últimos años.

A través de una prueba sencilla como es el test de sangre oculto en heces se puede conseguir reducir la mortalidad de la que es la segunda causa de muerte a nivel de cánceres en el país.

Desde los servicios sanitarios se debe animar la realización de esta clase de cribados para mejorar la salud de la población.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Libros:

Fernández Echegaray, Rosario. Objetivos, proceso y procedimiento de detección precoz en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2017.

- Paginas WEB:

INE. Defunciones según causa de muerte. Año 2016. [actualizado 21 dic 2017] [Citado 30 jun 2018].

Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf

Servicio Andaluz de Salud. Cartera de servicios de Atención Primaria. Cribado de cáncer de colon. [Citado 30 jun 2018]

Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_2_3_6