

# **II TOMO DE LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL: PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD.**

**Sociedad Científica  
Española de  
Formación Sanitaria**

**Asociación Sanitaria de  
Formación de la Región de  
Murcia**

**ISBN: 978-84-697-9853-9**

**Fecha de Publicación: MARZO 2018**

# INDICE DE CAPITULOS

TEMA 1. ALIMENTACIÓN EN LA EDAD ESCOLAR.

*MARÍA JOSÉ RUBIO LIÉBANA, MARIA TERESA MORAL NAVARRO, MARÍA JOSÉ LIÉBANA LIÉBANA.*

TEMA 2. ABORDAJE DEL PROBLEMA SOCIAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA POR ENFERMERÍA.

*TERESA SANZ OHNMACHT.*

TEMA 3. AGENTES CITOSTÁTICOS: VIGILANCIA SANITARIA.

*MARÍA TERESA MORAL NAVARRO, MARÍA JOSÉ RUBIO LIÉBANA.*

TEMA 4. CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO CONSEJO GENÉTICO.

*SANDRA SANTARRUFINA MARTÍNEZ.*

TEMA 5. NUTRICIÓN, HIGIENE CORPORAL Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

*MARÍA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ*

TEMA 6. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA.

*VERÓNICA SANZ OHNMACHT.*

TEMA 7. ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND .

*GREGORIA CASTEJON CARRION, MARIA ANGELES CANOVAS SAURA .*

TEMA 8. FASES DE UN POSIBLE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE UN TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR.

*ROSARIO TORAL SIMÓN, JESÚS CARPEÑA VELANDRINO, PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ, JESÚS GUIRAO MANZANO.*

TEMA 9. GRUPO DE APOYO PERDIDAS GESTACIONALES Y PERINATALES.

*FRANCISCO JOSE GARRIDO AGUILERA, VERONICA LOPEZ ORTA.*

TEMA 10. GUIA SOBRE LA INFORMACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN COMERCIO MINORISTA Y RESTAURACIÓN.

*MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA, MARIA JOSE RUBIO LIEBANA, LAURA RUBIO LIEBANA.*

# INDICE DE CAPITULOS

TEMA 11. HIPOTERMIA URBANA.

*MIRIAM ASENJO GARCÍA.*

TEMA 12. MALOS TRATOS EN EL ANCIANO.

*MARIA DEL CARMEN ESTEVEZ ALVAREZ*

TEMA 13. LA AGRESIÓN AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

*MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, ANA LÓPEZ CABRERA.*

TEMA 14. LA ERGONOMÍA EN EL DESEMPEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO.

*IVÁN ORTEGA MIRALLES.*

TEMA 15. MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS TAKOTSUBO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*ANA LÓPEZ CABRERA, MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO, MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA.*

TEMA 16. MALFORMACIÓN DE CHIARI.

*EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ*

TEMA 17. LA VACUNACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD PÚBLICA.

*MARÍA NAVAS GARCÍA, MARÍA ESTHER ORTEGA MARTÍN, MARÍA TERESA PÉREZ GARCÍA.*

TEMA 18. MOVIMIENTO ANTIVACUNAS.

*MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA, ANA LÓPEZ CABRERA., MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO.*

TEMA 19. TRAUMA DENTAL EN LA INFANCIA .

*JESICA PERONA MARTINEZ, MARIA JOSE SASTRE MARTINEZ, GINA RAMOS SIMONELLI, MARIA DEL MAR RAMOS SIMONELLI.*

TEMA 20. ENFERMERÍA, SEDACIÓN PALIATIVA Y MARCO SOCIAL.

*VIRGINIA MENESES CAMPOS, RAQUEL ALFAYATE SIERRA.*

# INDICE DE CAPITULOS

TEMA 21. PREVENCIÓN DEL VIH.

*JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA, ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ , SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS.*

TEMA 22 PROBLEMA DE SALUD Y AMBIENTE VS SALUD AMBIENTAL.

*PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ, ROSARIO TORAL SIMÓN, JESÚS CARPENA VELANDRINO, JESÚS GUIRAO MANZANO.*

TEMA 23. TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA.

*M<sup>º</sup> CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ.*

TEMA 24. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.

*LAURA ARONSON HELLIN.*

TEMA 25. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR .

*SOFÍA MARTÍNEZ VÍLLA, PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN, LORENA GARCÍA GARCÍA, MILAGROS GUILLERMO MEDINA.*

TEMA 26. ANÁLISIS DEL PERFIL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

*ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ, SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS, JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA.*

TEMA 27. REVISIÓN SOBRE EL USO DE PALIPERIDONA TRIMESTRAL Y AUMENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EVITANDO RECAÍDAS

*LAURA MARTÍN DE LA PUENTE, ESTEFANÍA MORÁN SUÁREZ.*

TEMA 28. ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN ANCIANA.

*CAROLINA ALEJO IBAÑEZ.*

TEMA 29. TRATAMIENTOS CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES EN ÚLCERAS POR PRESIÓN. ESTUDIO DE CASO. PARTE IV: DISCURSIÓN Y CONCLUSIONES.

*CRISTINA TUDELA BLAYA.*

# **TEMA 1. ALIMENTACIÓN EN LA EDAD ESCOLAR.**

**MARÍA JOSÉ RUBIO LIÉBANA  
MARIA TERESA MORAL NAVARRO  
MARÍA JOSÉ LIÉBANA LIÉBANA**

# ÍNDICE

- **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**
- **DESAYUNO**
- **MEDIA MAÑANA**
- **COMIDA**
- **MERIENDA**
- **CENA**

# RECOMENDACIONES

De manera orientativa, se aconseja que las necesidades nutritivas del escolar se distribuyan a lo largo del día en la siguiente proporción:

Desayuno + media mañana: 25 %.

Comida: 30 % - 35 %.

Merienda: 10 % - 15 %.

Cena: 30 %.

# DESAYUNO

Es una de las comidas más importantes del día y debería cubrir, alrededor del 25 % de las necesidades nutritivas del niño, ya que contribuye a conseguir unos aportes nutricionales más adecuados, evita o disminuye el consumo de alimentos menos apropiados (bollería, azúcares, etc.) y puede contribuir a la prevención de la obesidad, además de mejorar el rendimiento intelectual y físico y la actitud en el trabajo escolar. Omitir el desayuno interfiere en los procesos cognitivos y de aprendizaje.

Las prisas por llegar a la escuela y la somnolencia de los primeros momentos de la mañana impiden en ocasiones realizar correctamente esta primera comida. Se recomienda dedicarle de 15 a 20 minutos, sentados a la mesa, a ser posible en familia y en un ambiente relajado, por lo que hay que despertar al niño con suficiente tiempo, lo que implica acostarlo a una hora apropiada (pueden dejarse el material escolar y la ropa preparados la noche anterior

### **Un buen desayuno debería incluir:**

- **Lácteos:** leche, queso semicurado, queso fresco o yogur.

Se aconseja que el niño consuma de dos a tres raciones diarias de leche o derivados. Una ración de lácteo equivale a:

1 vaso grande de leche (200 ml) , 2 yogures (125 g x 2), 40 g de queso semicurado, 80 g de queso fresco

- **Cereales:** pan, cereales de desayuno y ocasionalmente repostería casera.

El pan se puede acompañar preferentemente con aceite de oliva y ocasionalmente con mermelada, mantequilla o margarina.

Los cereales de almorzar es preferible que sean integrales y que no contengan azúcares añadidos.

En cuanto a la repostería casera, puede contribuir a hacer un almuerzo algo más goloso un día a la semana.

- **Frutas:** una pieza entera o zumo natural. Se recomiendan las frutas con un alto contenido en vitamina C, como el kiwi, los cítricos, las fresas o el melón, entre otras.

# MEDIA MAÑANA

Con frecuencia, los niños que desayunan de forma poco equilibrada en casa llegan hambrientos a la hora del recreo; este factor puede conllevar el riesgo de comer demasiado o de consumir alimentos poco convenientes, como por ejemplo golosinas, bollería, etc., que, además, hacen que los niños no tengan hambre a la hora de comer. No debe sustituirse un desayuno completo por este tipo de alimentos.

Si en casa el niño no ha comido alguno de los tres tipos de alimentos recomendados (lácteos, cereales, fruta) se debería aprovechar la ingesta de media mañana en la escuela para completar el desayuno

Por . otro lado, si en casa el niño ha comido en el desayuno los tres tipos de alimentos recomendados, a media mañana puede tomar una pequeña ingesta de refuerzo, como por ejemplo un bocadillo pequeño de queso o de jamón cocido o una fruta fácil de comer como la mandarina o el plátano.

En cualquier caso, debe evitarse que la ingesta de media mañana se llevé a cabo demasiado cerca de la hora de comer, puesto que puede disminuir el hambre para la comida principal del día.

# ALMUERZO

En los hábitos alimentarios españoles la comida del mediodía es la más consistente. Ha de cubrir del 30 % al 35 % de las necesidades nutricionales diarias del niño. Cada vez es más frecuente que los niños coman en el centro escolar. Los padres deben conocer el plan mensual de comidas y colaborar para que las dietas que se ofrecen sean equilibradas, completándolas con las que hacen en casa.

El método del plato en la infancia puede ser una herramienta visual muy útil a la hora de decidir los alimentos que formarán parte de la comida y la proporción más adecuada de cada grupo de alimentos: constructores, energéticos o reguladores.

Más allá de los alimentos que formen parte de una comida concreta, las comidas se deberían organizar con una visión semanal para favorecer una alimentación variada y equilibrada.

De postre en la comida se recomienda tomar una pieza de fruta fresca, excepto los días en que haya legumbres, en los que se recomienda comer un yogur para facilitar la digestión.

# MERIENDA

La merienda debería aportar alrededor del 15 % de la energía diaria. Es una ingesta muy necesaria para los niños, puesto que necesitan recargar energía para poder seguir las actividades fuera del horario escolar, especialmente cuando se practica algún tipo de deporte.

La merienda acostumbra a ser muy aceptada por los niños y puede complementar la dieta, ya que se pueden incluir productos de alto valor nutricional, como por ejemplo lácteos, fruta o bocadillos, así como frutos secos.

Cuando la merienda se puede tomar en casa, el abanico de posibilidades se amplía y la imaginación puede ayudar a preparar meriendas saludables para los niños y para las niñas.

Es un buen hábito que los niños tomen la merienda sentados en la mesa cuando están en casa. Además, este es un buen momento para que expliquen como les ha ido el día en la escuela y con los amigos.

Una buena solución son los batidos naturales que incluyen lácteos y fruta. La manera más simple de prepararlos es batir un vaso de leche o un yogur y una pieza de fruta .Uno de los batidos naturales preferidos es el de leche, fresa y plátano. Se aconseja usar fruta madura de temporada, para potenciar también así el consumo de proximidad. Para acabar de completar esta merienda, se podría ofrecer al niño una tostada con aceite de oliva virgen y queso o bien pan con membrillo y nueces picadas por encima.

Se puede ofrecer un bol con yogur mezclado con cereales y trocitos de fresa. Esta opción incluye los tres grupos de alimentos en un único plato. La dieta mediterránea es rica en grasas saludables omega-3, gracias a alimentos como el pescado azul o las nueces. Las grasas omega-3 se consideran esenciales porque el organismo no es capaz de sintetizarlas; por lo tanto, la aportación se hace a través del consumo de alimentos que las contienen. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha reconocido la relación entre un consumo adecuado de omega-3 y un desarrollo normal del cerebro y del sistema nervioso de los niños. Por este motivo, se puede ofrecer un bocadillo de atún —que es pescado azul— o también se pueden añadir nueces a cualquiera de las meriendas que se han propuesto anteriormente.

# CENA

La cena debería representar alrededor del 25 % de la ingesta energética diaria. Se recomienda cenar no muy tarde y dejar que pase un rato antes de ir a la cama, para que el niño pueda dormir bien.

En la cena también se puede seguir el método del plato en la infancia, pero habrá que tener en cuenta los siguientes consejos adicionales:

De cada grupo de alimentos, deben incluirse los alimentos de digestión más fácil.

La cantidad total de comida tendría que ser inferior que la de la comida.

Las cocciones también deberían contribuir a facilitar la digestión. Se recomienda cocinar los alimentos hervidos, al vapor, a la plancha, saltados o al horno.

Así pues, los entrantes más adecuados para cenar pueden ser cremas de verduras, sopas de arroz o pasta o verdura y patata.

Como segundo plato, se puede ofrecer huevo, pescado blanco o carne blanca, con una guarnición que ayude a completar el equilibrio de la comida.

Los postres de la cena pueden ser una pieza de fruta o bien un yogur, teniendo en cuenta qué se ha comido a lo largo del día.

En el supuesto de que los niños coman en la escuela y no tomen pescado azul a mediodía, habrá que incorporar este tipo de pescado en dos cenas a la semana o bien en una cena y una comida del fin de semana.

# BIBLIOGRAFÍA

- Williams, M.H., Nutrición para la salud, la condición física y el deporte. 2002, Barcelona.
- Aranceta, J. and L. Serra-Majem, Dietary guidelines for de Spanish population. Public Health Nutri, 2001. 4(6 A): P. 1402-8
- Mataix J, Nutrición y alimentación humana. Vol II. Situaciones fisiológicas y patológicas. 2003, Madrid: Ergon.



**TEMA 2. ABORDAJE DEL  
PROBLEMA SOCIAL DE  
LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA POR  
ENFERMERÍA**

**TERESA SANZ OHNMACHT**

# ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA.**
  - 2.1. ANOREXIA NERVIOSA.**
  - 2.2. BULIMIA NERVIOSA.**
- 3. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.**
- 4. TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA.**
- 5. EL ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.**
  - 5.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL ADOLESCENTE.**
  - 5.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LOS FAMILIARES.**
  - 5.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**
- 6. BIBLIOGRAFÍA.**

# 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia han aumentado de manera alarmante. El impacto de nuevas tecnologías como internet en nuestras vidas cotidianas, tiene efectos positivos sobre la población empleándola como herramienta para difusión de educación para la salud, información sobre conductas insanas, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de hábitos tóxicos (drogas, tabaco, alcohol...). Sin embargo, diferentes estudios demuestran la influencia negativa de las redes sociales, blogs y páginas web en usuarios con riesgo de padecer trastornos alimentarios como la Anorexia y la Bulimia.

Las asociaciones colaboradoras en la prevención de estos trastornos, señalan el aumento de campañas en internet alentando este tipo de comportamientos. Refieren que influyen en la percepción negativa del cuerpo de los usuarios y en la creación de mayores niveles de insatisfacción con su imagen.

También fomentan la necesidad de iniciar dietas para perder peso. Y por último refuerzan inseguridades sobre el peso y forma del cuerpo, aumentando los niveles de ansiedad.

Ante este problema social, la Enfermería juega un papel fundamental en la detección precoz de estos desórdenes alimentarios en las consultas de atención primaria. Para ello es necesario el entrenamiento de profesiones de enfermería en el diagnóstico precoz de dichos trastornos mediante la prevención, detección de factores de riesgo y educación para la salud.

## **2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA**

Son perturbaciones psicológicas de la personalidad que se manifiestan como obsesión por el peso y la imagen corporal. Ambos desórdenes pueden darse en ambos sexos, pero con más frecuencia en las mujeres. Estos trastornos están aumentando en los últimos años de una manera alarmante, sobre todo en jóvenes entre 15-24 años. Sin embargo, en la actualidad se están describiendo casos en niñas cada vez más pequeñas.

Pueden tener graves repercusiones fisiológicas: ausencia de menstruación, caída del pelo, sequedad de la piel, alteraciones gastrointestinales, complicaciones endocrinológicas, problemas cardiovasculares y renales.

## **2.1. ANOREXIA NERVIOSA**

Según estudios realizados, hay una mayor prevalencia de la enfermedad en personas que pertenecen socioculturalmente a la clase media-alta, a ambientes urbanos y desarrollados, en los que se ha producido una idealización de la imagen corporal.

## Características esenciales de la Anorexia Nerviosa:

- Rechazo de mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso. Tiene obsesión por no engordar.
- Existe una alteración de la autopercepción del peso o de la silueta corporal.
- Niega el peligro que comporta un bajo peso corporal.
- En los inicios suelen mostrarse felices, pero a medida que avanza la enfermedad son conscientes del problema, pero creen que son capaces de superarlo por sí mismas.
- La sexualidad no les resulta atractiva.
- En la mayoría de los casos suele aparecer una amenorrea en los tres primeros meses de evolución.

## Tipos de Anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue haciendo ayuno, dieta o ejercicio intenso.
- Tipo compulsivo o purgativo: Tiende a atracones y purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera regular.

## 2.2. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es más común entre la población que la anorexia nerviosa.

Características esenciales de la Bulimia Nerviosa:

- Atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar ganancia de peso.
- Se tiene pérdida de control sobre el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo. Come de manera compulsiva y a escondidas.
- Excesiva preocupación por el peso y la silueta y su autoestima depende de ello. Se muestran infelices y se culpabilizan por no controlarlo.

## Tipos de Bulimia Nerviosa:

- Tipo no purgativo: El individuo ayuna o practica ejercicio físico excesivo.
- Tipo purgativo: El enfermo emplea métodos compensatorios inapropiados, como pueden ser vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos y enemas.

### **3. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Existen una serie de factores predisponentes y precipitantes que provocan que se desencadene la enfermedad, relacionado con la biografía personal, el contexto familiar, los acontecimientos vitales y las presiones socioculturales. También existen factores de mantenimiento que hacen que perdure este tipo de desórdenes.

A continuación como factores predisponentes y precipitantes se pueden distinguir:

- Hábitos alimentarios inadecuados o dietas estrictas e irreales. Dietas adelgazantes.
- Antecedentes familiares de obesidad, alcoholismo, depresión, anorexia o bulimia.
- Importancia excesiva por la imagen corporal o al cuidado de la imagen externa. Perfeccionismo.
- Problemas en la resolución de conflictos, planificar soluciones y llevarlas a cabo. Miedo a madurar o a crecer

- Presiones familiares, sociales o propias sobre la importancia de la apariencia física Y cuidado de la imagen externa.
- Búsqueda de la aceptación social. Falta de autoestima.
- Malos tratos, abuso sexual o abandono.
- Comentarios críticos de la familia o amigos tras un incremento de peso.
- Conflictos amorosos, rivalidad con el padre o la madre, problemas económicos o laborales, primeras relaciones sexuales, nacimiento de una hermana o hermano.

Como factores que favorecen el mantenimiento de este tipo de desórdenes destacan:

- El aislamiento progresivo, evitando las relaciones sociales, centrándose en la obsesión por la comida, el peso y la belleza.
- La importancia social que valora la delgadez, la preocupación por la imagen externa y la necesidad de ser aceptados en el grupo.
- El uso de métodos compensatorios inapropiados de manera rutinaria como la purga.
- Someterse a los requisitos dictados por la sociedad a través de las redes sociales, pues abarca la complacencia, la pasividad y un permanente deseo de perder peso.

## **4. TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA**

La elección del tratamiento dependerá de las características de la persona, de su gravedad y del tipo de enfermedad.

Preferiblemente debe hacerse a nivel ambulatorio, excepto en aquellos casos que obligan a la hospitalización.

El tratamiento debe ser global, es decir, actuar sobre la persona afectada y su familia. También se debe realizar una atención integral del paciente a nivel físico, psíquico y social.

## **5. EL ADOLESCENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA**

En la consulta de enfermería, cuando se establezca la comunicación con el adolescente, Enfermería debe llevar a cabo una serie de intervenciones, tanto con el paciente como con su familia.

# 5.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON EL ADOLESCENTE

- Establecer una conducta de empatía con el paciente para que pueda expresarse libremente.
- Educar sobre hábitos saludables y sobre posibles conductas de riesgo.
- Realizar recogida de datos mediante la anamnesis y exploración física. Identificar alteraciones, factores de riesgo y conductas que puedan influir negativamente en el desarrollo de su salud a corto o a largo plazo. Realizar medición de peso, talla, calcular IMC y comprobar la evolución que ha tenido.
- Estimular sobre la satisfacción que se tiene al gozar de una salud adecuada.
- Mantener un diálogo abierto interesándonos por las actividades que realiza, tipo de amistades, uso de redes sociales,.....

## **5.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LOS FAMILIARES**

En la consulta de enfermería, las pautas que debemos dar a los padres son las siguientes:

- Establecer buenos hábitos alimentarios, ya que ellos han de ser el ejemplo para sus hijos manteniendo hábitos alimenticios saludables. Fijar horarios rutinarios para las comidas y evitar el picoteo entre horas.
- Fomentar la unión familiar, realizando al menos una comida al día en familia, donde expresen sus experiencias diarias.
- Evitar la sobreprotección del adolescente para que ellos mismos aprendan a superar los obstáculos.

- Proporcionar a los padres las herramientas para llevar a cabo una supervisión de sus hijos, mientras éstos emplean dispositivos de conexión a red. Intervenciones como pueden ser:
  - Acordar un tiempo diario de uso de redes sociales y de objetos tecnológicos a los hijos.
  - Ser modelos de un adecuado uso de las herramientas que proporciona internet.
  - Hablar con el/la adolescente sobre el uso de internet, mostrándole que se confía en sus criterios, que se tiene interés por lo que hace y que se respeta su conocimiento sobre la tecnología.

- Usar los dispositivos en las zonas comunes de la casa.
- Averiguar si en el colegio existe supervisión y programas de filtro de internet.
- Explicar a los hijos que la información contenida en los dispositivos puede ser vista y mal usada si son robados o perdidos.

## **5.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

- Promoción y educación para la salud de hábitos alimentarios saludables.
- Proponer un Programa de cuatro comidas diarias y un seguimiento mediante registro diario de las ingestas.
- Modificar actitudes e identificar momentos de riesgo en los que podría resultar más fácil llevar a cabo atracones o purgas, o ambas. Evitar dietas adelgazantes, distanciarse de productos para perder peso y del excesivo ejercicio físico.
- Informar y orientar al resto de miembros de la familia sobre la enfermedad y acerca del tipo de conductas a seguir con el familiar que padece este tipo de trastornos.

- Restablecer la autoestima, modificar el autoconcepto y el autocontrol. Modificar percepciones distorsionadas sobre la propia imagen personal.
- Establecer metas realistas.
- Entrenar a los miembros de la familia para que definan problemas y conflictos, establezcan pautas de enfrentamiento y resolución, las planifiquen, realicen y evalúen posteriormente.
- Proporcionar a los padres estrategias de supervisión y control en el uso de las redes sociales de los adolescentes tanto fuera como dentro del hogar.
- Educar en mecanismos de autorregulación, ayudando a equilibrar las actividades online con las actividades offline. Estimular actividades que no involucren pantallas y que fomenten la comunicación directa y sin dispositivos electrónicos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ª EDICIÓN. Ed. PANAMERICANA. 2014.
- Kliegman, R.M, Stanton, B.F. ,St. Geme III, J.W., Schor, N.F., Behrman, R.E. Nelson Tratado de Pediatría. 20ª Edición. Ed. Elsevier. 2016.
- Aguilar Hurtado, E. Atención al adolescente y detección de las alteraciones del comportamiento alimentario: tenemos que dar un paso al frente. Atención Primaria. 2007; 39(1):12-13
- Julián Viñals, R., Ramírez Arrizabalaga, R., Melgar Borrego, A.B, Gómez Lumbreras, A. Detección precoz, en atención primaria, de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. Atención Primaria. 2007; 39(6):330-331

- Elías Arab, L., Alejandra Díaz, G. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. Revista Médica Clínica Las Condes 2015; 26(1):7-13.
- Romanillos Vidaña, T. Trastornos de la conducta alimentaria y medios de comunicación. FMC 2014; 21(9):517-519.
- Lezama Reyes, C.A., Impacto de las redes sociales en los trastornos de alimentación. ALAN Revista. 2015. 65. Suplemento 1.
- Ruiz, P.J., Puebla R., Cano J., Ruiz P.M. Proyecto de educación para la salud «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes». Atención Primaria 2000; 26(1): 51-57.

- Ruiz Lázaro, P.M. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención Primaria*. 2001; 27(6):428-431.
- Tinahones, F.J, Gonzalo-Marín, M. Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. *Endocrinol Nutr*. 2004; 51(4):225-229.
- Belén G. Bermejo, B.G, Saúl L.A., Jenaro C. La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Revista Acción Psicológica*. 2011; 8(1): 71-84.



# **TEMA 3. AGENTES CITOSTÁTICOS: VIGILANCIA SANITARIA**

**MARÍA TERESA MORAL NAVARRO  
MARÍA JOSÉ RUBIO LIÉBANA**

# ÍNDICE

- 1.- CRITERIOS DE APLICACIÓN.**
- 2.- DEFINICIONES Y CONCEPTOS.**
- 3.- FUENTES DE EXPOSICIÓN Y USOS.**
- 4.- MECANISMOS DE ACCIÓN**
- 5.- EFECTOS SOBRE LA SALUD.**
- 6.- BIBLIOGRAFÍA**

# 1. CRITERIOS DE APLICACIÓN

Se tiene como objetivo establecer las características básicas para la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a agentes citostáticos, estableciendo unas normas de utilización seguras y unas condiciones de vigilancia sanitaria sistemáticas.

Se entiende por MANEJO O MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS el siguiente conjunto de operaciones:

1. Preparación de una dosis a partir de una presentación comercial.
2. Administración al paciente de tal dosis.
3. Recogida / Eliminación de residuos procedentes de las actuaciones antedichas.

4. Eliminación de excretas de pacientes a tratamiento con citostáticos.

5. Cualquier actuación que implique un potencial contacto directo con el medicamento (limpieza de derrames, limpieza y mantenimiento de la cabina, etc.).

Así, el término **MANIPULADOR DE CITOSTÁTICOS** se aplicaría al personal que realice cualquiera de las actividades mencionadas anteriormente, así como el encargado de la recepción, transporte y almacenamiento de este tipo de medicamentos.

## 2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

- **Citostático.** Se puede definir como aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello son activas frente a células que se encuentran en proceso de división. Este mecanismo hace que, a su vez, sean por sí mismas carcinógenas, mutágenas y/o teratógenas. Son un grupo heterogéneo de sustancias de distinta naturaleza química, que se utilizan de forma preferente aunque no exclusivamente como tratamiento antineoplásico, bien solas o acompañadas de otro tipo de terapia. Dentro del proceso de utilización de agentes citostáticos, Ciclofosfamida, 5-5-5-fluorouracilo y Metotrexato constituyen el 81 % de los agentes antineoplásicos preparados.

- **Mutágeno.** Agente físico o químico que induce o incrementa mutaciones genéticas. Se entiende por mutación: modificación permanente en la cantidad o en la estructura de material genético de un organismo que produce un cambio de las características del fenotipo de dicho organismo. Las alteraciones pueden afectar a un solo gen, a un conjunto de genes o a un cromosoma entero.
- **Genotóxico.** Aquel agente, radiación o sustancia química que produce una ruptura en el ADN, pudiendo causar mutación o cáncer.
- **Tóxico para la reproducción.** La sustancia o preparado que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea, pueda producir efectos negativos no hereditarios en las descendencias, aumentar la frecuencia de éstos, afectar de forma negativa a la función o a la capacidad reproductora.

- **Carcinógeno.** Sustancia o preparado que por inhalación, ingestión o penetración cutánea, puede producir cáncer o aumentar su frecuencia. Algunos de los agentes citostáticos están considerados como carcinógenos según la clasificación de la IARC (International Agency for Research on Cancer) que determina el riesgo carcinogénico de las sustancias químicas en humanos y que comprende las siguientes categorías:
  - Grupo 1. «El agente es carcinógeno en humanos»
  - Grupo 2A. «El agente es probablemente carcinógeno en humanos».
  - Grupo 2B. «El agente es posiblemente carcinógeno en humanos».

### **3. FUENTES DE EXPOSICIÓN Y USOS**

Los agentes citostáticos se usan principalmente para el tratamiento de procesos oncológicos, así los trabajadores pueden estar expuestos durante la fabricación, preparación, distribución o transporte interno, administración, tratamiento de contaminaciones accidentales y derrames, o eliminación de los residuos procedentes de las actuaciones anteriores y excretas.

## 4. MECANISMOS DE ACCIÓN

Las vías de penetración de estas sustancias son:

- a) Inhalación de los aerosoles y micro gotas que se desprenden durante la preparación de las soluciones de citostáticos y durante su administración, o por rotura de ampollas, al purgar el sistema, etc.
- a) Por contacto directo, por penetración del medicamento a través de la piel o de las mucosas.
- a) Por vía oral: ingestión de alimentos, bebidas, cigarrillos contaminados. Es la vía menos frecuente.
- a) Por vía parenteral: por introducción directa del medicamento a través de pinchazos o cortes producidos por rotura de ampollas.

## 5. EFECTOS SOBRE LA SALUD

Las acciones tóxicas de éstos medicamentos incluyen: teratógena, citostática, carcinógena, mutágena, alteración corneal, cardiotoxica, hepatotóxica, nefrotóxica, hemorrágica, vesicante, irritante de piel y mucosas, emetizante y hematológica.

Esto no quiere decir que todos produzcan estas reacciones, sino que unos producen unas y otros producen otras, pudiendo algunos tener varios de los efectos mencionados.

La mayor parte de los mismos han sido estudiados en enfermos sometidos a estos tratamientos. Las células cancerosas crecen y se reproducen muy rápidamente, y por ello los medicamentos que se usan para el tratamiento de

quimioterapia, en general, son aquellos que atacan las células de crecimiento rápido, interactuando con su ADN, su ARN o con la síntesis de proteínas celulares.

Estudios relativamente recientes indican la posibilidad de riesgos por exposición crónica a estos agentes en pequeñas cantidades. Las diferentes acciones tóxicas pueden ser:

- a) Irritante.
- b) Tóxico.
- c) Alérgico.

La toxicidad más manifiesta para quienes preparan estos medicamentos en soluciones inyectables son las **CUTÁNEAS o MUCOSAS**. Tienen especial relevancia las reacciones de hipersensibilidad inmediata y de anafilaxia sistémica

También han sido descritas las debidas a inhalación de aerosoles de tales productos, afectando al tracto respiratorio. En este sentido, se ha demostrado la presencia de 5-fluorouracilo en el aire de las salas en las que se prepara este compuesto.

La pentamidina puede inducir broncoespasmo.

La ribavirina puede provocar irritación del tracto respiratorio.

Hay, además, evidencias biológicas de la existencia de absorción sistémica de algunos de estos compuestos:

- 1) Mutagenicidad urinaria:** se ha observado la existencia de mutagenicidad en la orina tanto de personal de enfermería que maneja medicamentos citostáticos como de técnicos de farmacia que los preparan. Este efecto se incrementa a medida que avanza la semana laboral y disminuye si dejan de manipularlos.

- 2) **Tioéteres urinarios:** se trata de metabolitos de agentes alquilantes. Se ha observado un aumento de sus niveles en manipuladores de citostáticos.
- 3) **Metabolitos urinarios:** existen también estudios en los que se comunica la existencia de cisplatino, ciclofosfamida y pentamidina en orina de trabajadores que manejan tales medicamentos.

En lo referente a **efectos citogenéticos**, éstos resultan difíciles de valorar, puesto que dependen en gran medida del tipo de medicamento, del nivel de exposición, de la susceptibilidad individual y del uso correcto o no de medidas de protección.

La **carcinogenicidad** en trabajadores no ha sido bien establecida, si bien se relaciona con cáncer de vejiga, carcinoma nasofaríngeo y leucemia.

En cuanto a **efectos reproductivos**, se han documentado casos de abortos espontáneos y malformaciones, alteraciones en la menstruación e infertilidad.

Además de los efectos mencionados, podemos destacar:

- a) Daño hepatocelular, relacionado tanto con la intensidad como con la duración de la exposición a los citostáticos.
  
- a) Síntomas tales como mareo, vértigo, náuseas, cefalea y reacciones alérgicas (fundamentalmente cuando se trabaja en áreas mal ventiladas). Estos pueden deberse a otros efectos sistémicos de los citostáticos.
  
- a) Alteraciones de la función plaquetaria, toxicidad cardíaca y neurotoxicidad. No documentados en personal pero sí en pacientes

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Falk, K., y cols.: Mutagenicity in urine of nurses handling cytostatic drugs. Lancet 1979; 9: 1250.
- Directiva 90/394/CEE, de 28 de junio relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo del DOCE L. 196/1 de 26 de julio de 1990.
- IARC (International Agency for Research on Cancer), overall evaluations of carcinogenicity to humans.



**TEMA 4. CÁNCER DE MAMA  
HEREDITARIO  
CONSEJO GENÉTICO**

**SANDRA SANTARRUFINA MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- 1. EPIDEMIOLOGÍA**
- 2. PROGRAMA DE CONSEJO GENÉTICO**
- 3. CRITERIOS PARA REMITIR A LA UNIDAD DE  
CONSEJO GENÉTICO**
- 4. RESULTADOS DEL ESTUDIO GENÉTICO**

# 1. EPIDEMIOLOGÍA

- ❖ Cáncer de mama = tumor más frecuente en la mujer.  
→ **5-10% es hereditario.**
- ❖ Herencia autosómica dominante. (>80%).  
Principales genes: BRCA 1 y BRCA 2.
- ❖ 15-20% casos de agregación familiar
- ❖ En la base de datos *Breast Cancer Information Core* recoge >1700 mutaciones patogénicas y reordenamiento de genes.
- ❖ Penetrancia variable.
  - Probabilidad de que un portador desarrolle cáncer.
  - Existen otros factores modificadores del riesgo
  - Deriva del grado de agregación familiar de cáncer.

# 1. EPIDEMIOLOGÍA

## GENES

- Los genes de mayor susceptibilidad genética al cáncer de mama y ovario familiar son BRCA 1 y 2.
  - Genes supresores tumorales.
  - Participan en la integridad del genoma y en la reparación del DNA.
- Genes con mutaciones de alta penetrancia en síndromes hereditarios que incluyen el cáncer de mama como parte del fenotipo: TP53 en el sd de Li-Fraumeni o PTEN en el sd de Cowden. (<1% cáncer de mama).
- Genes de baja penetrancia: CHEK2, ATM, BRIP1, PALB2 cuyo riesgo relativo de CM es <2-3 y cuyo análisis en la actualidad se reserva para estudios de investigación.

# 1. EPIDEMIOLOGÍA

## PENETRANCIA

- Probabilidad de que un portador de una mutación en BRCA 1/2 desarrolle un cáncer a lo largo de su vida.
  - Suele expresarse como el riesgo acumulado de cáncer a los 70 años.
- Meta-análisis sobre la penetrancia de BRCA1 y BRCA2, a partir de los principales estudios publicados:

	<b>Cáncer de Mama</b>	<b>Cáncer de ovario</b>
<b>BRCA 1</b>	57% (a los 43 años)	40% (a los 52 años)
<b>BRCA 2</b>	49% (a los 47 años)	18% (a los 62 años)

# 1. EPIDEMIOLOGÍA

## PENETRANCIA

La variabilidad en las estimaciones de penetrancia de los diferentes estudios y la heterogeneidad en los riesgos entre los individuos, apoyan la hipótesis de la **existencia de otros factores modificadores del riesgo**.

Podrían ser:

- Otros genes no conocidos.
- Factores no genéticos, en relación con el entorno y estilo de vida.

## 2. PROGRAMA DE CONSEJO GENÉTICO

El diagnóstico y consejo genético en cáncer son procedimientos que se utilizan para diagnosticar una predisposición hereditaria al cáncer antes de que éste aparezca de forma que, una vez confirmado el diagnóstico genético, se pueda intervenir precozmente evitando la aparición de dicho cáncer o diagnosticándolo precozmente en una fase curable.

**OBJETIVO GENERAL:** reducir la incidencia y mortalidad por cáncer en personas con predisposición genética conocida, ofreciendo asesoramiento a pacientes y familiares de primer grado.

### 3. CRITERIOS PARA REMITIR A LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO

#### ❖ Familias con un único caso de cáncer de mama

- Cáncer de mama diagnosticado en < 30 años, o
- Cáncer de mama primario bilateral en < 40 años (al menos uno de los tumores) o
- Un c. de mama y un c. de ovario en la misma paciente.

### **3. CRITERIOS PARA REMITIR A LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO**

**❖ Familias con dos casos en familiares de primer grado (madres/hermanas/hijas)**

- 2 casos de C.Mama o C.Mama bilateral, al menos 1 diagnosticado en < 50 años, o
- $\geq 2$  casos de Cáncer de ovario (independientemente de la edad), o
- 1 Cáncer de mama y 1 Cáncer de ovario en dos familiares (independiente de la edad), o
- 1 caso de C.Mama en varón y otro de mama/ovario en mujer (independiente de la edad)

**❖ Familias con  $\geq 3$  casos afectados por Cáncer de mama, al menos 2 en familiares de primer grado.**

## **ELECCIÓN DEL CASO ÍNDICE**

Selección de candidato a realizar el primer estudio genético en caso de haber varios miembros afectados vivos según los siguientes criterios:

- Mujer diagnosticada de cáncer de ovario.
- Mujer diagnosticada a edad más precoz.
- Mujer diagnosticada de cáncer de mama bilateral.
- Hombre diagnosticado de cáncer de mama.

## 4. RESULTADOS DEL ESTUDIO GENÉTICO

### ❖ Positivo o informativo:

se detecta una mutación patogénica responsable

### ❖ No informativo:

- No mutación identificada después de secuenciación completa (familia sin mutación detectada)

- Variante de significado incierto

### ❖ Verdadero Negativo:

no detección de mutación en un individuo de una familia con mutación conocida.

# BIBLIOGRAFÍA

- Sining Chan, Giovanni Parmigiani. Meta-analysis of BRCA1 and BRCA2 penetrance. *J Clin Oncol* 2007;25(11):1329-33.
- Nasim Mavaddat, Susan Peock, Debra Frost et al. Cancer Risks for *BRCA1* and *BRCA2* Mutation Carriers: Results From Prospective Analysis of EMBRACE. *JNCI* 2013;105(11):812-822.



# **TEMA 5. NUTRICIÓN, HIGIENE CORPORAL Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

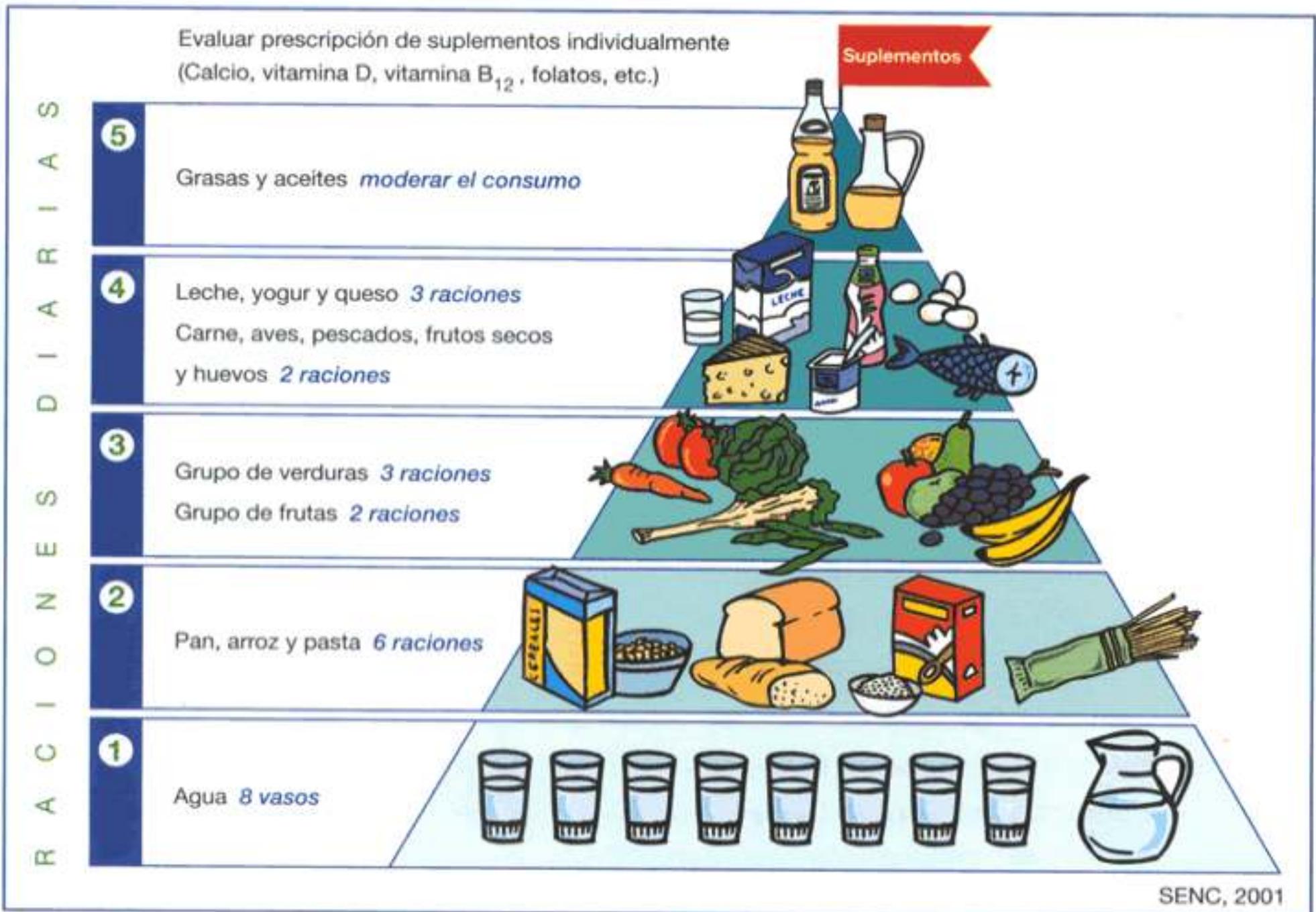
**MARÍA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ**

# OBJETIVOS NUTRICIONALES

- La alimentación debe ser lo más variada y equilibrada posible.
- Adaptada a la capacidad de la persona equilibrada y rica en antioxidantes.
- Las necesidades energéticas en las personas mayores son menores, por la reducción del metabolismo y la actividad física.



# Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



# HIDRATOS DE CARBONO

- Preferible usar azúcares complejos (cereales integrales, legumbres...)
- Disminuir o el consumo de azúcar y miel.



# GRASAS

- **Reducir “grasas malas” o ácidos grasos saturados.**
  - ✓ **Evitar: Frituras, carnes rojas, margarina y mantequilla y consumo excesivo de yemas de huevo.**
  - ✓ **Preferible: Carne blanca (pavo y pollo), lácteos desnatados.**
- **Consumir “grasas buenas” o ácidos grasos insaturados: aceite de oliva, pescado (omega 3 y 6).**



# PROTEINAS

**Las proteínas construyen y regeneran los tejidos de nuestro organismo y son fundamentales para la vida.**

**Pueden ser de origen:**

**✓ Animal: carnes, huevos, pescados, mariscos, lácteos**

**✓ Vegetal: legumbres, pasta, pan, arroz, frutos secos**

**Es aconsejable combinar proteínas animales y vegetales.**

**Hay situaciones que precisarán aumentar la ingesta de proteínas (convalecencia, debilidad muscular, úlceras en la piel, etc.)**

# **RECOMENDACIONES GENERALES**

- **Si se tienen gases disminuir el consumo de repollo, coliflor y bebidas y refrescos gaseosos.**
- **Cocinar a la plancha y al vapor.**
- **Beber en torno a litro y medio de líquidos al día: evitaremos estreñimiento, infecciones de orina y piedras en el riñón.**
- **Preparar alimentos atractivos en cuanto al color, sabor y textura, teniendo en cuenta que sean blandos o de fácil masticación.**

- **Cocinar con poca sal. No usar preparados tipo “Avecrem”.**
- **Retirar la grasa de las carnes antes de cocinarlas.**
- **Hacer varias comidas al día:**
  - **Desayuno**
  - **Media mañana**
  - **Comida**
  - **Merienda**
  - **Cena**
- **Si cena temprano puede tomar un yogurt o un vaso de leche antes de acostarse.**

- **Siempre que sea posible la persona debe comer en posición sentada, con la espalda y la cabeza recta.**
- **Ponerle el plato enfrente. La persona cuidadora debe posicionarse frente a él también, a la misma altura o un poco mas baja.**
- **Después de comer se recomienda mantener la posición sentada durante 30- 60 minutos.**



# TRUCOS PARA ANCIANOS INAPETENTES

- Prestar atención a sus preferencias.
- Incluir alimentos que, en poco volumen, aporten mucha energía y variedad (ejem. mezclar yogur con fruta batida y frutos secos).
- Evitar alimentos poco energéticos (ejem. ensaladas sencillas, caldos claritos).
- Enriquecer los líquidos y comidas añadiendo leche en polvo, queso fundido, huevo.
- Limitar la ingesta de líquidos durante las comidas para no llenar el estómago.

- **Evitar los alimentos muy calientes, los templados se toleran mejor.**
- **En función de cada caso, los profesionales recomendarán el uso de complementos dietéticos si estos fueran necesarios. En el mercado encontramos gran variedad de productos de “alimentación básica adaptada” (ABA): triturados deshidratados, cereales para adultos, batidos, espesantes, etc.**



## Estreñimiento

- Llevar un control de evacuación.
- Aumentar la toma de fibra: legumbres, pan integral, frutas, verduras.
- Aumentar la toma de líquidos al menos un litro y medio al día.
- Aumentar la realización de ejercicio físico (paseos), si sufre de inmovilidad realizar gimnasia pasiva.
- Facilitar el acceso al baño.
- Responder rápido cuando expresan la necesidad de ir al baño, no retrasarlo.

Informar al médico de los días que lleva sin evacuar.  
No administrar laxantes ni enemas sin indicación médica.



## Diarrea

- **Dieta astringente.** Fase aguda: zumos ricos en potasio (limón) con azúcar. Agua con bicarbonato. Caldos de arroz, zanahoria, cebolla, apio.
- Fase de recuperación: arroz, puré de patatas, huevos duros, pescado blanco hervido, carnes magras hervidas o a la plancha. Manzana, plátanos, membrillo.
- No tomar en caso de diarrea: legumbres, vegetales crudos, coles, huevos fritos, salsas, leche de vaca, pasteles, especias.
- Extremar la higiene y vigilar el estado de la piel.

Cuidar especialmente la ingesta de líquidos.  
Evitar la deshidratación.





# HIGIENE CORPORAL

**Para mantener la piel sana, las principales actividades son su limpieza e hidratación. Estas actividades se deben realizar a diario, tanto en personas sanas como en personas enfermas.**



# PUNTOS CLAVE

- Informaremos sobre el procedimiento del aseo, ya que esto mejora su colaboración y disminuye su ansiedad.
- Le mantendremos destapado el menor tiempo posible.
- Si realizamos el aseo en la cama, lo haremos por zonas corporales, en este orden: cara, cuello, tronco, brazos, axilas, piernas, pies, espalda, genitales y región perianal.
- Le iremos secando de forma inmediata, para evitar que este sienta frío, y prestaremos especial atención en el secado de las zonas de los pliegues y zona interdigital, secando sin frotar.
- Si tuvieran apósitos cubriendo las heridas, intentaremos no mojarlos durante el aseo.



## Baño en cama

- Realizaremos el lavado por zonas corporales.
- Jabones neutros y agua templada.
- Durante el aseo, examinaremos con especial atención la piel, sobre todo donde hay prominencias óseas, en busca de zonas enrojecidas, ampollas o erosiones.
- Prestaremos especial cuidado en los pliegues y en los espacios interdigitales, tanto en el lavado como en el secado.
- En las mujeres, el aseo de la zona genital se debe realizar desde adelante hacia atrás para evitar infecciones del tracto urinario.

- En los **hombres**, limpiar y secar bien el **pliegue del prepucio**, ya que es una zona muy sensible a infecciones.
- Después del baño, limpiar y secar bien el pliegue del prepucio en todo el cuerpo.



## Paso 1

- Buscar el momento del día que nos permita su realización sin prisas.
- Preparar la habitación y el material.
- Explicar a nuestro familiar lo que vamos a hacer esforzándonos en conseguir su colaboración.

No dejarle solo en ningún momento



*"Buenos días, ya sabes que hoy es día de baño. Sé que te da un poco de pereza pero luego te sentirás más cómodo y relajado".*

## Paso 2

- Le prepararemos cuidando de no dejarle completamente desnudo.
- El proceso es enjabonar una zona, aclarar y secar. Dejarla tapada y pasar a la siguiente.

Explicar todo lo que hacemos para tranquilizarle y conseguir que colabore



*"No te preocupes lo haremos como a ti te gusta; despacio y con el agua caliente para que no tengas frío".*

## Paso 3

- Orden de lavado: cara, cuello y hombros; manos, brazos, axilas; pecho, abdomen y luego piernas y pies.
- Colocar de lado y seguir con espalda y nalgas.
- Volver a colocar boca arriba y terminar con la zona genital.

Aclarar pronto y bien. Mejor esponjas desechables



## Paso 4

- Vestir según la actividad que vaya a realizar dejándole acomodado y felicitándole por su ayuda.
- Recoger el material y la habitación, cambiar la ropa de cama si es necesario.

Observar el estado de la piel y de los pies. Dar masajes a la vez que hidratamos la piel



*"¡Qué pronto hemos terminado! Ahora te llevo a la cocina a tomar un café con leche mientras yo recojo".*

## Paso 1

- Preparar el material.
- Informar de lo que vamos a hacer solicitando su colaboración.
- Proteger la parte superior de la cama con un hule cuyo extremo introduciremos en una palangana formando un canal que recoja el agua.



*"Hoy toca lavar el pelo, tengo todo preparado. He calentado el agua, vamos a empezar antes de que se entrie ¿qué te parece?"*

## Paso 2

- Coloca a la persona boca arriba próxima al borde de la cama con la cabeza y el cuello sobre el hule.
- Enrollar una toalla y colocarla alrededor del cuello.

Buscar la postura más cómoda para los dos.  
Revisar los consejos para cuidar nuestra espalda



## Paso 3

- Mojar el cabello con agua caliente.
- Aplicar una pequeña cantidad de champú masajearlo con la punta de los dedos.
- Aclarar muy bien y comprobar que el agua cae en el cubo.

Si el proceso es muy agresivo existen productos para hacer la limpieza en seco



*"Dime si el agua está a tu gusto".*

## Paso 4

- Tapar el cabello con una toalla.
- Retirar el material.
- Peinar y secar con el secador.
- Dejarle acomodado y agradecerle su colaboración.

Hay productos de apoyo que facilitan el lavado como lava cabezas portátiles e incluso hinchables (ver foto)



*"Ya hemos terminado, con tu colaboración ha sido muy fácil. Te dejo un rato descansar luego vengo a verte".*

## Paso 1

- Informar del procedimiento recordando la necesidad de mantenerlos limpios.
- Preparar palanganas con agua caliente, jabón y toallas.
- Acompañar hasta el baño si es posible sino podemos hacerlo en la cama.

Revisar las uñas como mínimo una vez a la semana



*"Te han crecido mucho las uñas y si no las cortamos vas a estar incómodo. ¿Te parece que lo hagamos ahora?"*

## Paso 2

- Introducir manos o pies en el agua durante unos minutos.
- Sacar y secar perfectamente poniendo mucho cuidado en las zonas de entre los dedos.
- Observar si ha aparecido alguna herida.

Los pies deben ser cuidados especialmente (riesgo de úlceras)



## Paso 3

- Cortar las uñas dándoles la forma correcta, curva en las manos y rectas en los pies.
- Usar la lima para terminar.

Utilizar cortauñas para las manos y alicates para los pies



## Paso 4

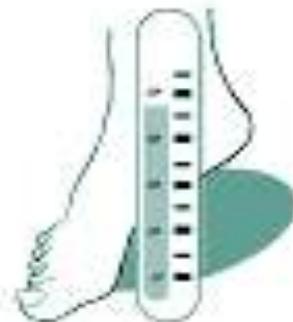
- Aplicar loción hidratante masajeando hasta que se absorba. Reforzar su colaboración.
- Recoger el material empleado.



Examinar los pies todos los días y comprobar que no haya enrojecimiento, hinchazón, callos, durezas, uñas encarnadas o cortes en la piel.



No aplicar calor o frío directamente sobre los pies.



Lavar los pies a diario con un jabón neutro y agua templada.



Utilizar calcetines y medias de algodón o lana, sin costuras ni elásticos que opriman. Cambiarlos todos los días.



Secarlos bien.



Llevar solamente zapatos cómodos y flexibles de cuero sin mucho tacón y con puntera redondeada.



Utilizar crema hidratante pero no entre los dedos.



Es preferible limar las uñas con una lima de cartón mejor que cortarlas.



No caminar descalzo, ni siquiera dentro de casa.



## Cuidado de la boca

- **Estos cuidados deben realizarse después de cada comida o siempre que sea necesario.**
- **A las personas dependientes, les mezclaremos en un vaso antiséptico bucal y agua, a partes iguales, y se lo aplicaremos con una gasa sobre la lengua de un lado a otro, para no provocar náuseas; limpiaremos el paladar, los laterales de la boca y las encías.**
- **Si es portador de prótesis dental, retirarla durante el sueño. La limpiaremos con agua y jabón, tantas veces como sea necesario y cada 15 días usaremos pastillas tipo Corega**
- **Hidrataremos los labios con vaselina o cacao.**

## Boca 1

- Personas conscientes: cepillar los dientes de las encías a la corona.
- Limpiar la cara externa, interna, superior e inferior.
- Actuar la boca y después hacer un enjuague con antiséptico bucal.

Usar siempre guantes. Siempre que se pueda hacerlo en el baño.



## Boca 2

- Personas inconscientes: colocarle la cabeza de lado.
- Colocar gasas en un depresor y mojarlas en antiséptico bucal. Pasarla por toda la boca.
- Secar los labios y aplicar vaselina.

Si lleva dentadura retirar con una gasa para cepillarla.



## Ojos

- Humedecer una gasa con suero, pasarla desde la parte externa del ojo hacia el lagrimal.
- Separar los párpados con los dedos sin tocar la conjuntiva.
- Echar el suero desde el lagrimal y secar sin frotar.

Usar siempre guantes. No presionar el ojo.



## Oídos

- Limpiarlos diariamente, evitando la introducción de bastoncillos de algodón en el conducto auditivo.

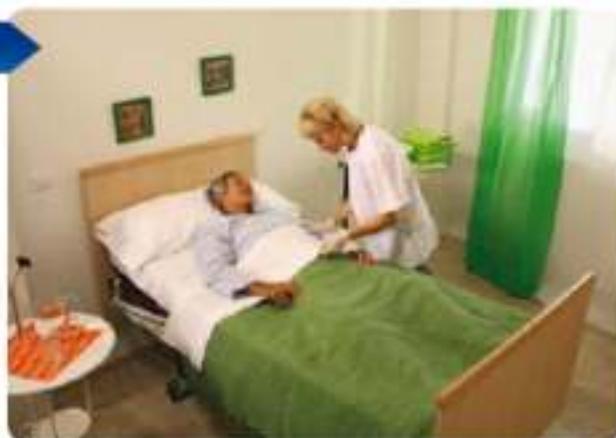
Usar siempre guantes. Si se ven tapones de cera hay que avisar a la enfermera y seguir sus indicaciones.



## Paso 1

- Preparar el material.
- Saludar e informar transmitiendo tranquilidad.
- Colocarnos los guantes.

Mantener un clima de respeto. Solicitar su colaboración, fomentando su autocuidado



"El pañal está sucio y vamos a cambiarlo para que no te moleste".

## Paso 2

- Despegar los elásticos del pañal puesto, retirar la parte de la tripa hacia abajo.
- Colocar de lado.
- Retirar el pañal doblándolo sobre sí mismo hacia la espalda.

Una vez retirado el pañal sucio es conveniente realizar un aseo genital



"Voy a ponerte de lado para quitártelo si estás incómodo me avisas".

## Paso 3

- Poner el pañal limpio en la cama, la parte posterior a la altura de la cintura.
- Doblar la zona de los elásticos que queda pegada a la cama sobre sí misma.
- Girarle y colocarle boca arriba.

Asegurar que el pañal no le va a provocar roces ni irritaciones



"Ya casi hemos terminado, ya verás que bien vas a estar ahora".

## Paso 4

- Quitar el pañal sucio, y estirar el lateral del limpio.
- Meter el pañal entre las piernas ajustándolo.
- Pegar los adhesivos en la zona de la cintura.
- Acomodar y despedirnos.

Pañales solo si son necesarios. Si mantiene el control de esfínteres se usará la cufa



"¿Qué rápido se hacen las cosas entre dos!".

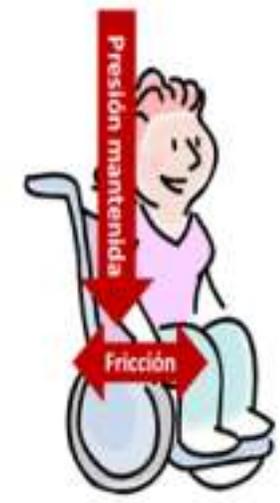
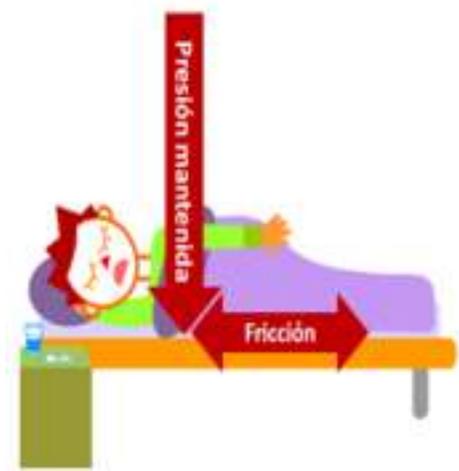
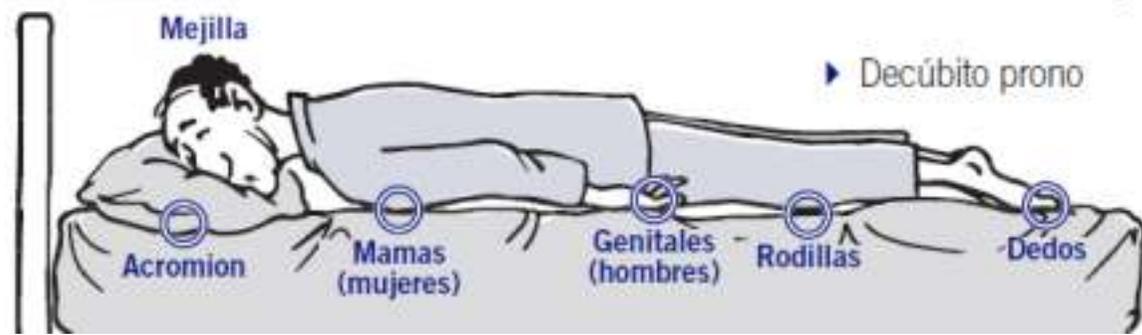
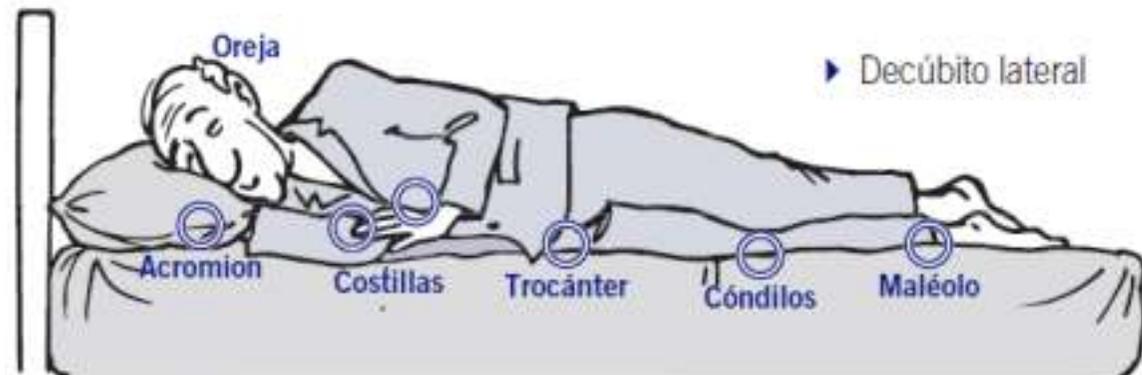
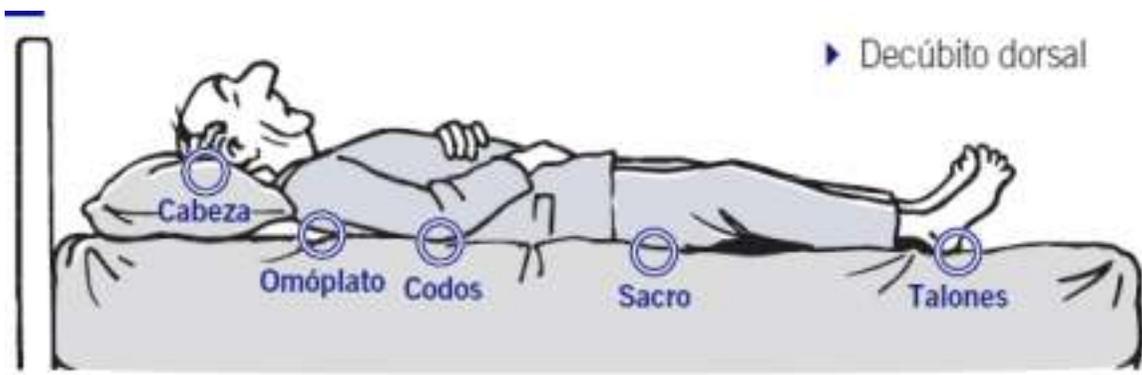
# **PREVENCION ULCERAS POR PRESION**

**Una *úlcer*a por presión es una lesión causada por una presión mantenida en una zona del cuerpo que produce daños tanto en la piel como debajo de la misma.**

**Este tipo de úlceras, también llamadas escaras o llagas, son difíciles de curar y pueden comprometer seriamente su salud.**

**Las Úlceras por Presión se forman habitualmente en las partes del cuerpo donde los huesos son más prominentes, como las caderas, sacro o rabadilla, tobillos y talones; así como en zonas que soportan el peso del cuerpo cuando está usted sentado o tumbado durante largo tiempo.**

**También se pueden producir por fricción (arrastre del cuerpo al subirlo hacia la cabecera de la cama) o deslizamiento (cuando está sentado y se resbala poco a poco).**



**Una dieta pobre en nutrientes y poca ingesta de líquidos afectará al estado general de la piel del paciente, que será mucho más frágil y propensa a las lesiones.**

**Si la piel está húmeda a causa del sudor, orina, heces o el exudado de la herida se irritará y aumentará el riesgo de dañar la zona.**

**Algunas enfermedades, por ejemplo la diabetes, el daño cerebral o, a veces, los fármacos pueden reducir la sensibilidad del paciente al dolor, lo que provoca que no se de cuenta de la presión excesiva en sus zonas de apoyo.**

**También puede suceder que la persona no sea capaz de cambiar su postura por si mismo sin ayuda.**

## **¿CÓMO SE PREVIENEN ESTAS ÚLCERAS?**

- **Cuidando la piel y vigilando su estado.**
- **Aliviando la presión en las zonas de riesgo y zona ulcerada.**
- **Manteniendo un buen estado nutricional.**

**Realice un aseo diario y compruebe el estado de su piel en busca de zonas enrojecidas que no recuperan su coloración normal al retirar la presión (apoyo), o la existencia de ampollas, rozaduras o heridas sobre todo en zonas con huesos salientes (sacro ó rabadilla, caderas, tobillos, talones, codos, etc.).**



**Evite los lavados con agua caliente y los productos con alcohol o el talco.**

**Aclare y seque minuciosamente sin frotar energicamente.**

**Mantenga la piel limpia, seca y bien hidratada.**

**Como ayuda y prevención, se pueden aplicar cremas barreras o productos protectores en las zonas de mayor riesgo**



**A pacientes con escasa o nula movilidad, es recomendable que el cuidador movilice las articulaciones del paciente y le cambie de postura frecuentemente (cada 2 o 3 horas). Se debe procurar que estas movilizaciones no sean dolorosas.**

**POSICIÓN SUPINA**

Buena alineación del cuerpo

Se coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Una pequeña almohada sostiene la cabeza... la cabeza está alineada en línea recta con la columna vertebral.



Los brazos relajados descansan a los lados del cuerpo.

**POSICIÓN LATERAL**

Vista de frente

Las almohadas sostienen el brazo y la cabeza.

La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.



Vista desde arriba



**POSICIÓN PRONA**

Buena alineación del cuerpo

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las caderas para disminuir la presión.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.



**En lo posible, no eleve el cabecero de la cama más de 30º, con el fin de evitar el deslizamiento del paciente sobre el colchón. Si esto ocurriera, evite subir al paciente arrastrando su cuerpo, para evitar el roce (fricción) de su piel con la ropa de cama.**

**Mantenga la cama limpia y seca, con las sábanas estiradas y asegúrese de que no existe ningún objeto entre el paciente y la superficie sobre la que se apoya (botones, costuras de la ropa, alimentos, etc.).**



**Y PARA FINALIZAR HOY....**

**IDEAS CLAVES DE ESTA SESIÓN**





# **TEMA 6. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA**

**VERÓNICA SANZ OHNMACHT**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- FACTORES PREDISPONENTES
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se es especialmente vulnerable para la adquisición de hábitos nocivos para la salud, como lo es el consumo de drogas ilegales, el tabaco y el alcohol. El alcohol es la droga más consumida en la adolescencia. El consumo de alcohol se inicia en esta etapa, y posteriormente se consolida en la edad adulta. Más del 60% de los españoles de 16 o más años consumen habitualmente alguna cantidad de alcohol y un 4% lo consumen en exceso. En España el 84,2% de los escolares de 14 a 18 años han consumido alcohol alguna vez y un 43,9% lo hacen una o más veces por semana. La edad más frecuente de inicio en este hábito es entre los 12 y 14 años de edad, presentando una mayor probabilidad de un consumo y un abuso continuado cuanto menor es la edad de inicio en el consumo.

# FACTORES PREDISPONENTES

Los factores que predisponen al consumo de alcohol son diversos: la desinformación sobre el alcohol y sus efectos negativos, el déficit de comunicación y de habilidades sociales que empuja al adolescente a usar el alcohol como medio de relación e integración social, la propia desinformación de los padres y el uso que hacen éstos del alcohol, la influencia de los amigos con los que suelen iniciarse en el consumo, la falta de alternativas para el desarrollo del adolescente, la fácil accesibilidad de los adolescentes a pesar de la legislación, la indulgencia, aceptabilidad y permisividad del alcohol que lo hace de frecuente uso familiar y social.

# EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Hay un amplio consenso de la importancia de la educación para la salud como instrumento de promoción de la salud y prevención del consumo de alcohol entre los adolescentes. En cuanto a la metodología que puede utilizarse ha de ser variada, participativa y adaptada a las necesidades y características del grupo de adolescentes. De las diferentes actividades que pueden llevarse a cabo podemos realizar algunas en los centros docentes y en los centros de salud:

1. Actividades educativas en los centros docentes con los estudiantes, con grupos de padres y madres y con los profesores.
2. Organización de exposiciones de materiales elaborados por el propio grupo o por profesionales.

3. También pueden realizarse actividades de información: campañas, charlas informativas, folletos, cartas personalizadas.
4. Actividades educativas en los centros de salud en forma de consejo individualizado dirigido a la persona joven o a sus padres.
5. Educación en habilidades sociales y asertividad que mejoren la seguridad en el adolescente y aporten estrategias y herramientas y herramientas para ser capaces de mantener su postura ante las presiones grupales.

Los estudios demuestran que la educación para la salud es más efectiva, realizando en primer una charla grupal y, en segundo lugar, una entrevista individualizada a los adolescentes de riesgo por sus factores de riesgo sociales, personales o familiares.

Una buena educación sanitaria es fundamental prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes.

# BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera Mateos J.L, Mendoza Luzardo M.C, Gutiérrez Riquelme F. Consumo de alcohol en adolescentes de tres municipios de Lanzarote. Semergen [Internet] 2004. 30(5) 30:210-7. Disp: [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)
- Domingo-Salvany A. Epidemiología del consumo de alcohol y drogas en jóvenes españoles. Trastornos Adictivos [Internet] 2012. 13 Supl 1:3-5. Disp: [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)
- Almazán Ortega R, Sousa Vila E, Fernández Soto N, Mate Sánchez F.J. Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. Aten Primaria [Internet] 2006 ; 38(8); 38:465. Disp: [www.elsevier.es/](http://www.elsevier.es/)



# **TEMA 7. ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND**

**GREGORIA CASTEJON CARRION  
MARIA ANGELES CANOVAS SAURA**

# ÍNDICE

- 1. Definición de patología de Von Willebrand**
- 2. Epidemiología**
- 3. Localización cromosómica**
- 4. Tipos**
  - **Tipo 1**
  - **Tipo 2**
  - **Tipo 3**
  - **Tipo Plaquetario**
- 5. Diagnóstico**
- 6. Referencias**

# 1. DEFINICION DE LA PATOLOGIA DE VON WILLEBRAND (1)

- La enfermedad de Von Willebrand (EvW) es una de las anomalías en la coagulación de carácter hereditaria más común en la población.
- También puede ser adquirida como consecuencia o secundaria a otras enfermedades.
- El Factor de von Willebrand (FvW) es una proteína multimérica que es requerida necesariamente para la adhesión plaquetaria.

# 1. DEFINICION DE LA PATOLOGIA DE VON WILLEBRAND (2)

- Definiríamos el factor VIII como glucoproteína de la sangre que interviene en el momento inicial de la hemostasis, entendida ésta como el conjunto de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos.
- Su función unida a las fibronectina es permitir que las plaquetas se unan de manera estable a la superficie del vaso roto.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA

- Aproximadamente, una de cada cien personas presenta esta anomalía. Esta prevalencia , sin embargo, no exime una asintomatología mayoritaria en las personas.
- Existe una prevalencia de casos clínicamente significativos de cien por millón . Se detecta con mayor frecuencia en mujeres debido al periodo menstrual.
- Puede ser más severa o aparente en personas del Grupo Sanguíneo O.

### 3. LOCALIZACIÓN CROMOSÓMICA

- Localizado en el cromosoma (12p13.2), contiene 52 exones que abarcan a su vez 178 kbb.
- Los Tipos 1 y 2 se heredan de forma dominante y el Tipo 3 se hereda como recesivo. En ocasiones el Tipo 2 también se hereda como gen recesivo.
- Dado que emitir un diagnóstico era complicado, en los años 90 se decidió realizar un Registro Internacional de EvWa adscrito al Comité Científico en Estandarización de la Sociedad Internacional de trombosis y Hemostasia; este comité obtiene los datos de los centros de hematología-oncología y centros de hemofilia.

## **4. TIPOS**

# TIPO 1

- Se trata del 60-80% de los casos. Consiste en un defecto cuantitativo(heterocigotos para el gen que está defectuoso) aunque no presenta perjuicio en la coagulación.
- El paciente puede llevar una vida casi normal, prestando una mayor mayor atención al sangrado en procesos post-quirúrgicos.

## TIPO 2 (1)

- Comprende de un 20-30% de los casos. Es un defecto cualitativo y con diferencias entre individuos en las tendencias de sangrado.
- Aparecen niveles normales de FvW pero los oligómeros son en cuanto a estructura anormales e incluso ausentes.

## TIPO 2 (2)

- Existen cuatro subtipos:

Tipo 2A. Se trata de una alteración de la síntesis de oligómeros de FvW y baja actividad del co-factor ristocetín.

Tipo 2B. Defecto que lleva a una espontánea unión a las plaquetas y posterior limpieza de las mismas y los oligómeros del FvW. Leve trombocitopenia y factor ristocetín bajo.

## TIPO 2 (3)

- Tipo 2M. Causado por ausencia o disminución de unión GPIb sobre las plaquetas, siendo el Factor VIII vinculante normal.
- Tipo 2N. Se trata de una deficiencia en la unión del FvW y el FVIII, dando o caracterizándose por mostrar un nivel normal de ag FvW y resultados normales. Factor VIII bajo. Algunos pacientes fueron diagnosticados en el pasado de hemofilia A pero sugiriendo una sospecha de filiación autosómica no ligada al cromosoma X.

## TIPO 3 (4)

- Forma más grave de la enfermedad (homocigótica para el gen defectuoso).
- Puede presentar graves hemorragias de mucosas, el ag de FvW non es detectable y muy bajo el factor VIII pudiendo ocasionar hemartrosis , tal y como ocurre en casos leves de hemofilia.

## TIPO PLAQUETERIO (5)

- El tipo plaqueterio también es conocido como pseudo-EvW y su carácter es dominante autosómico, causado por mutaciones.

# 5. DIAGNÓSTICO (1)

VERSARIA SOBRE:

- Investigación del plasma del paciente por posibles deficiencias cualitativas y cuantitativas de FvW.
- Ensayo de antígeno de FvW.
- Funcionalidad del FvW con un ensayo de glicoproteína vinculante(GPIb) un ensayo de colágeno vinculante o ensayos del co-factor ristocetina.
- Recuento sanguíneo completo.

## 5. DIAGNÓSTICO (2)

- TTPA.
- Tiempo de Protrombina.
- Tiempo de Trombina.
- Niveles de Fibrina.
- Si se sospecha Hemofilia B pedir Factor IX de la coagulación.

# BIBLIOGRAFÍA

## Libros:

- Fundamentos y Técnicas de Análisis hematológicos y Citológicos . Faustina Rubio Campal, Benjamín García Espinosa, Manuel Carrasco Carrasco. Ediciones Paraninfo SA. 2010
- RUZA Francisco; Enfermedades hemorrágicas graves en pediatría Momento Médico; Edición: Primera (2011) ISBN-13: 979-8881602253
- Rodgers, Bethesda. Manual de hemotología clínica 5 jun 2014 Ed.: Lippincott Williams & Wilkin



**TEMA 8. FASES DE UN POSIBLE  
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE UN  
TRASTORNO DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN EL ÁMBITO  
ESCOLAR**

**ROSARIO TORAL SIMÓN  
JESÚS CARPENA VELANDRINO  
PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ  
JESÚS GUIRAO MANZANO**

# ÍNDICE

- **DEFINICIÓN DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO(TCA).....3**
- **DETECCIÓN DE LOS TCA.....4**
- **FASES DE UN POSIBLE PROGRAMA DE PREVENCIÓN.....5-6.**
- **BIBLIOGRAFÍA.....7**

# DEFINICIÓN DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.

Con el nombre de trastornos del comportamiento alimentario se agrupan determinadas conductas que con el ayuno o los atracones pueden tener consecuencias bastante negativas para nuestra salud. Éstas prácticas fueron elogiadas en otros períodos históricos y en algunas culturas, pero actualmente son consideradas enfermedades mentales.

Este tipo de trastornos, actualmente, constituyen un gravísimo problema de salud pública tanto en las sociedades en transición como en las sociedades industrializadas.

Los trastornos del comportamiento representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población adolescente. Los tres tipos de TCA más comunes son anorexia nerviosa(AN), bulimia nerviosa (BN) Y trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TCANE).

# DETECCIÓN DE LOS TCA.

En la actualidad la detección de los TCA se hace mucho más rápido que en épocas anteriores.

Hay una serie de indicios que te permiten sospechar del inicio de un TCA:

- La persona se queja continuamente de su aspecto físico, se niega a probarse ropa y a salir.
- Habla siempre de dietas.
- Se observa una bajada importante de autoestima.
- Se aíslan socialmente.
- Se observa una gran tristeza en ellos, así como cambios de humor bruscos.
- Se retrasa o retira el período menstrual.
- Se encuentran laxantes en su espacio.
- Se frecuenta el baño, rápidamente, después de las comidas.
- Se evidencian dificultades en su alimentación, que antes no existían.

# FASES DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE UN TCA.

Los síntomas se muestran, aunque también pueden hacerlo los profesores y tutores, por observación propia o por los comentarios de los/las amigos/as que se dan cuenta de la situación.

Las fases de un programa de prevención en el ámbito escolar son tres:

1.Elaboración de objetivos: marcaremos objetivos que podamos evaluar después, que sean alcanzables y que sean eficaces para la población a la que se dirigen.

2. Aplicación del programa. Métodos.

-Realización de propuestas metodológicas por parte del equipo de profesores y profesionales sanitarios. Las actividades deben cumplir con los objetivos marcados.

-Dichas propuestas metodológicas se deben incluir en el temario de diferentes materias.

-Implicar al profesorado mediante charlas y seminarios de las materias y temas que se van a tratar. Formarlos en aspectos diversos sobre TCA, de cara a su participación en la detección precoz y en la metodología y contenido apropiados.

-Implicar a las familias mediante reuniones frecuentes, con actividades y talleres dirigidos por profesionales de la salud.

-Implicar a los profesionales sanitarios en la formación y divulgación, así como en asesoramiento y supervisión.

-Formar a los monitores de los comedores escolares.

3. Evaluación: La evaluación del programa es necesaria antes de la aplicación de este (para detectar alumnos con riesgo de sufrir un TCA), después de la ejecución del programa (con cuestionarios específicos utilizados en la evaluación inicial) y al cabo de unos meses, se debería repetir la evaluación. Otra parte de la evaluación es juzgar si el programa ha sido bien valorado por alumnos, profesores, monitores y familia mediante otro cuestionario.

# BIBLIOGRAFÍA

- Gandarillas,A.; Bru,S. (2005). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 2004.Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad.
- Morandé,G.; Casas, J. (1997). “Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines”.Pediatría.Integral (núm. 2 (3), pág.243-260).
- Moreno,A.B.; Thelen,M.H (1993). “A primary prevention programme for eating disorders in a junior high school population”. Journal of Youth and Adolescence (núm.22, pág.109-124).
- Margarita Serra Alías.(2009). La prevención de los TCA.



# **TEMA 9. GRUPO DE APOYO PERDIDAS GESTACIONALES Y PERINATALES**

**FRANCISCO JOSE GARRIDO AGUILERA  
VERONICA LOPEZ ORTA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **INDICENCIA**
- **CAMBIOS IMPORTANTES EN EL EMBARAZO**
- **GRUPO DE APOYO**
- **FASES DEL DUELO**
- **PERSONAL SANITARIO COMO ELEMENTO  
INDISPENSABLE**
- **PAUTAS A TENER EN CUENTA**
- **PAUTAS A TENER EN CUENTA (II)**
- **RITUALES DE DESPUEDIDA**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFIA**

# INTRODUCCION

Las pérdidas gestacionales incluyen abortos y muertes fetales.

- El aborto es la terminación de la gestación antes de la vigésima semana, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos, que puede ser espontánea o provocada.
- Mientras que la muerte fetal es la que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de la fecundación después de la vigésima semana de gestación, según lo describe el glosario de términos de la OMS.

El aborto puede considerarse una experiencia traumática y violenta que atenta contra la integridad de la mujer.

# INCIDENCIA

- 15-20% de las gestaciones clínicamente reconocidas en mujeres jóvenes ( pueden llegar a ser el 50% de todas las gestaciones que terminan en aborto).
- Incremento sustancial con la Edad Materna llegando a ser entre 40-85% en >40 años.
- Posibilidad de 2 abortos consecutivos es 5% y de 3 consecutivos es del 1%.
- La mayoría de las pérdidas gestacionales espontáneas <10 semanas son por errores cromosómicos No-heredados.
- La mayoría de las pérdidas gestacionales de > 20 sem suelen ser esporádicas y obedecen mas a causas maternas.
- La mayoría AR > 50% siguen siendo de origen idiopático ( causa desconocida o no identificada).

# CAMBIOS IMPORTANTES EN EL EMBARAZO

- El vínculo psicológico con el feto comienza en el útero y cuando una mujer se queda embarazada percibe tal estado como una realización personal.
- Las modificaciones hormonales pueden resumirse en:
  - Eje gonadotrópico: Aumento en la secreción de estrógenos y de progesterona que va a interrumpirse brutalmente en el parto provocando un gran "choque hormonal".
  - Eje corticotrópico: En la segunda mitad del embarazo hipercortisolemia.
  - En el postparto la disminución de cortisol combinada a la caída de estrógenos provoca una gran vulnerabilidad para trastornos del ánimo.

# GRUPO DE APOYO

¿ Porque acudir a un grupo de apoyo?

¿ Que necesitamos?

## LAST

- Listen (ESCUCHAR)
- Acknowledgement (RECONOCIMIENTO)
- Support (APOYO)
- Touch (TACTO)

# **FASES EL DUELO**

- Negación
- Ira
- Negociación
- Duelo
- Aceptación

## **DEMONIO UNIVERSAL DEL DUELO**

- CULPA

# PERSONAL SANITARIO COMO ELEMENTO INDISPENSABLE

- META: “ Ayudar a que la herida no se cure en falso y que, a pesar de la cicatriz que queda para siempre, se pueda mirar con serenidad”

## ¿ QUE HACEMOS ANTE UNA PERDIDA?

- Tener prisa
  - Solo ver la parte física
- No preguntar sobre los sentimientos
  - No mirar a los ojos
  - No involucrarse
  - No dejar ver al bebe

# PAUTAS A TENER EN CUENTA

¿Qué no debemos decir?

- Tranquila, eres joven tendrás otros
- “Eso” no era nada
- La naturaleza es sabia...
- Mejor ahora que mas adelante
- Eso que te ha ocurrido no es nada comparado con...
- ...

Puedes usar:

- Siento mucho lo que les ha pasado
- Me imagino cuanto querían a ese bebe
- La verdad no se muy bien que decir

**SI NO SABES QUE DECIR MEJOR NO DIGAS NADA**

# PAUTAS A TENER EN CUENTA

Los profesionales también se tienen que cuidar

- Que no siempre sean los mismos profesionales los que atiendan a las familias con pérdidas
- Expresar tus dificultades de los compañeros
- Perder el miedo a expresarse
- Crear un grupo de apoyo con los compañeros
- Trabajar en equipo
- Reconocer el trabajo que hacen tus compañeros

...

# RITUALES DE DESPEDIDAS

- Velar por la intimidad
- Respetar la relación bebe-familia
- Dar libertad a la familia para ejercer sus propios rituales
- Facilitar en lo posible la realización del ritual elegido por la familia y no interferir en el mismo

...

*“Cuando un hijo pierde a sus padres se queda huérfano.  
Cuando un adulto pierde a su pareja se queda viudo.  
Cuando unos padres pierden un hijo se quedan sin palabras”*

# CONCLUSIONES

- Existen muchas mujeres afectadas por las pérdidas gestacionales, que pueden llegar a necesitar de un apoyo profesional para seguir con sus vidas.
- Se hace necesaria la formación y la capacitación oportuna de los profesionales de la salud que atienden mujeres que han sufrido una pérdida gestacional, pues dado que es un duelo complicado merece ser atendido para prevenir que se agrave por el posible efecto traumático y la comorbilidad con la depresión.
- Sería interesante establecer protocolos hospitalarios de atención interdisciplinaria para una atención integral a las mujeres que enfrentan una pérdida en cualquier etapa del embarazo.
- Blindar información que les permita comprender y manejar las emociones que surgen de una experiencia que, en muchos casos, puede resultar traumática y dolorosa.

# BIBLIOGRAFÍA

## Libros:

- Claramunt, M. À., Álvarez, M., Jové, R., & Santos, E. (2016). La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo. La Esfera de los Libros.
- Álvarez, M., Las voces Olvidadas: perdidas gestacionales tempranas Editorial Ob Stare

## Artículo de revistas:

- Alva, M. C. (2007). La mujer ante la negación de su maternidad. Y después del aborto ¿qué?: ante una realidad irreversible una ventana de esperanza. México: Trillas.
- Huang, Z., Hao, J., Su, P., Huang, K., Xing, X., Cheng, D., ... Tao, F. (2012). The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms during a Subsequent Pregnancy: Data from a Population-Based Cohort Study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 51-8.  
doi:10.5455/bcp.20111102040509

# BIBLIOGRAFÍA

- Trejo-Lucero, H., Torres-Pérez, J., Medina-Jiménez, M. A., Briones-Garduño, J. C. y MenesesCalderón, J. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Revista Mexicana de Pediatría, 76(1), 9-11. Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf)
- Luise, C., Jermy, K., & Costello, G. (2002). [duelogestacionalyperinatal.com](http://duelogestacionalyperinatal.com). British Medical Journal, 324, 873-875.

## **Página WEB :**

- Umamanita. Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. <http://www.umamanita.es/> consultado el 29/01/2018



**TEMA 10. GUIA SOBRE LA  
INFORMACIÓN DE LOS  
ALIMENTOS EN COMERCIO  
MINORISTA Y  
RESTAURACIÓN**

**MARIA JOSE LIEBANA LIEBANA  
MARIA JOSE RUBIO LIEBANA  
LAURA RUBIO LIEBANA**

# INDICE

1- Introducción

2-Grupos de Alimentos y modalidades de venta

## GRUPO 1

A- Alimentos sin envasar. Alimentos a granel. En régimen de autoservicio o con vendedor.

B- Alimentos sin envasar de venta fraccionada o alimentos presentados en recipientes mas o menos cerrados para su venta directa a petición del consumidor o suministro a domicilio.

GRUPO 2. Alimentos envasados en el comercio minorista para su exposición y venta en el mismo o en otro establecimiento de idéntica titularidad.

3- Información obligatoria según las modalidades de venta

4- Formato de la información teniendo en cuenta la modalidad de venta y el tipo de información

5- Información sobre sustancias que producen alergias o intolerancias

6- Información específica sobre contenido en gluten de los alimentos

7- Responsabilidades

# INTRODUCCIÓN

El Reglamento (UE) N° 1169/2011 sobre información alimentaria facilitada al consumidor, prevé en su art. 44, que los estados miembros podrán establecer medidas nacionales que regulen los medios que pueden utilizarse para presentar las menciones marcadas por el Reglamento en los alimentos que se presenten sin envasar para la venta al consumidor final y a las colectividades.

A nivel nacional, este acto delegado del Reglamento a los Estados Miembros ha sido desarrollado mediante un Real Decreto que recoge la información alimentaria de los alimentos que se presentan sin envases para la venta al consumidor final y a las colectividades y de los envasados en los lugares de venta a petición del comprador y de los envasados por los titulares del comercio minorista.

La normativa recientemente publicada requiere, en algunos de los apartados una interpretación que se realiza en esta guía.

# **GRUPOS DE ALIMENTOS Y MODALIDADES DE VENTA**

## **Grupo 1**

### **1.A- Alimentos sin envasar. Alimentos a granel. En régimen de autoservicio o con vendedor.**

Ejemplos:

- Alimentos a granel vendidos en comercio minorista como, congelados, frutas, verduras...
- Comidas que se sirven y consumen en restaurantes y cafeterías, como, menús de día, bollería pizzerías...
- Comidas preparadas sin envasar que se suministran por colegios, restaurantes, empresas....
- Bebidas refrescantes, zumos preparados en el local de venta y servidas directamente al consumidor y las vendidas a través de máquinas dosificadoras.

## **1.B- Alimentos sin envasar de venta fraccionada o alimentos presentados en recipientes mas o menos cerrados para su venta directa a petición del consumidor o suministro a domicilio.**

Ejemplos:

- Queso, carne, pescados, pan, pasteles.., Vendidos en comercio minorista, alimentos que se venden en el mostrador de comercios minoristas y se envuelven en el momento de la compra a petición del consumidor.
- Comidas preparadas, emplatadas que se suministran a colegios, empresas, restaurantes
- Comidas presentadas en recipientes para su consumo en restaurante o para llevar.

**Grupo 2. Alimentos envasados en el comercio minorista para su exposición y venta en el mismo o en otro establecimiento de idéntica titularidad.**

**2.A- Modalidad exclusiva de autoservicio.** El consumidor accede directamente a los productos previamente envasados y expuestos para su compra.

Ejemplo:

- Productos envasados y expuestos en grandes superficies.

**2.B- Modalidad con vendedor.** La persona considera no accede directamente al alimento envasado, previamente a la compra, sino que es un vendedor quien le sirve el producto, de forma que el consumidor tiene accesible a esta persona en todo momento o siempre en presencia del vendedor.

Ejemplos:

- Alimentos envasados en el propio establecimiento, siendo el vendedor quien los entrega al consumidor.
- Alimentos en expositores de supermercados o minoristas que después de su elección deben ser entregados al vendedor para realizar la compra final y el pago de los mismos.

# INFORMACIÓN OBLIGATORIA SEGÚN LAS MODALIDADES DE VENTA

## Grupo 1.

- Denominación del alimento
- Mención de sustancias que producen alergias/ intolerancias.
- Cantidad de ingredientes (en porcentaje), cuando en la denominación de venta del alimento se reseñe de forma específica alguno de ellos.
- El grado alcohólico en las bebidas con >1,2% volúmenes de alcohol
- Los alimentos entregados por colectividades que se presenten sin envasar, deberán cumplir exclusivamente el requisito de mención de sustancias que producen alergias/intolerancias. Si además en estas colectividades se sirven bebidas refrescantes preparadas en el local para su consumo inmediato o expedidas mediante máquinas dosificadoras, se indicará la siguiente información:
  - Denominación del producto
  - Lista de ingredientes
  - Nombre y Razón social del fabricante, envasador o vendedor y su dirección.

## **Grupo 2.**

- Denominación del alimento
- Mención a las sustancias que producen alergias/intolerancias
- Lista de ingredientes, excepto: frutas, hortalizas, patatas, quesos, mantequillas, leche, nata solo con enzimas y sal, y alimentos que contenga de un solo ingrediente y que aparezca en la denominación del producto o siempre que la denominación de venta permita determinar la naturaleza del ingrediente sin riesgo de confusión
- Cantidad de ingredientes (en porcentaje) cuando en la denominación de venta del alimento se reseñe de forma específica alguno de ellos.
- Cantidad neta del alimento
- Fecha de duración mínima/Fecha de caducidad
- Condiciones especiales de conservación/utilización
- Nombre o razón social y dirección del envasador

- País de origen o lugar de procedencia cuando sea obligatoria
- Modo de empleo en el caso de posible uso inadecuado.
- Las bebidas con  $> 1,2\%$  volúmenes de alcohol, deben identificar el grado alcohólico
- En el caso de frutas y hortalizas transformadas, tubérculos o frutos secos, que se encuentren en envases transparentes, la etiqueta únicamente tiene que indicar:
  - La denominación de venta
  - La categoría, la variedad o el tipo comercial
  - El país de origen
  - La cantidad neta
  - El nombre o razón social y la dirección del operador de la empresa.

# **FORMATO DE LA INFORMACIÓN TENIENDO EN CUENTA LA MODALIDAD DE VENTA Y EL TIPO DE INFORMACIÓN.**

## **Grupo 1.**

- En todos los casos:

Etiqueta o pre-impresión adherida al envoltorio, recipiente etc.

○

Cartel/Pantalla/Rótulo/Libro de menús/Fichas

Cualquier soporte a disposición de la persona consumidora en lugar fácilmente visible y accesible previamente a la compra

## **Grupo 2.**

- Modalidad exclusiva de autoservicio:

Etiqueta o pre-impresión adherida al envase, con toda la información obligatoria.

- Modalidad con vendedor

Etiqueta o pre-impresión adherida al envase con toda la información obligatoria.

Etiqueta adherida al envase con parte de la información, y cartel/pizarra en la que figure la información que no figura en la etiqueta adherida al envase

Es decir, parte de la información podrá ser colocada en el cartel, pero el envase constará de una etiqueta en la que se incluya como mínimo:

- Denominación del producto
- Fecha de caducidad
- Sistema de conservación

“La información debe estar dispuesta para que la persona consumidora pueda elegir el producto conociendo todas sus características, independientemente de la información que posteriormente se le pueda entregar.”

“Un tique informativo posterior a la compra, no se considera válido si el consumidor no gha dispuesto de la información previa a realizar dicha compra.”

# **INFORMACION SOBRE SUSTANCIAS QUE PRODUCEN ALERGIAS O INTOLERANCIAS.**

## **Grupo 1 y/o 2**

De forma escrita, d fácil acceso para la persona consumidora antes de realizar la compra.

- Con etiquetas pegadas al alimento o carteles próximos a ellos
- Con cartas de menús...
- Con carteles que indiquen el lugar donde se encuentra la información sobre alérgenos.

De forma oral con personal específico.

- Requiere un cartel visible en el que se indique que puede dirigirse al vendedor para obtener información.
- Aunque se considera que la información mas segura es la que esta incluida en la etiqueta, si el vendedor opta por la transmisión oral sobre alérgenos por el vendedor en el momento de la compra, ésta deberá estar apoyada en documentación escrita disponibles por el personal, consumidor y autoridad de control.

Si hay varias secciones, la información debe estar disponible en cada una de ellas.

En las comidas específicamente destinadas a personas con alergias o intolerancias no es necesario indicaciones adicionales sobre alérgenos

## **INFORMACION ESPECIFICA SOBRE CONTENIDO EN GLUTEN DE LOS ALIMENTOS.**

Los alimentos que declaren ausencia o presencia de gluten lo podrán hacer del siguiente modo:

- **SIN GLUTEN-** no puede contener mas de 20mg/kg de gluten
- **MUY BAJO EN GLUTEN-** no pueden superar 100mg/kg

# RESPONSABILIDADES

Los responsables de los establecimientos deben garantizar:

- Que la información que se transmite es veraz
- Que reciben la información correcta desde el origen de los alimentos
- Que realizan una adecuada gestión de los alérgenos que evita las contaminaciones cruzadas durante todo el proceso de manipulación de los alimentos
- Que el personal que manipula alimentos tiene conocimientos sobre gestión de alérgenos durante todo el proceso de almacenamiento, elaboración, envasado o venta de alimentos, para evitar cualquier contaminación cruzada que se pudiera producir.
- Que el personal que tramite la información sobre alérgenos tiene conocimientos adecuados para ello.

Las personas consumidoras deben ser responsables de:

- Atender las indicaciones que ponga a su disposición el establecimiento
- Preguntar al responsable del establecimiento en el caso de que requiera información adicional
- Si tiene dudas sobre la información no consuma el alimento.

# BIBLIOGRAFIA

- Reglamento (UE) N° 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor.
- Reglamento (UE) N° 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero, por el que se establecen los requisitos generales de la legislación alimentaria y se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan los procedimientos relativos a la seguridad alimentaria
- Reglamento (UE) N° 828/2014 de la Comisión, de 30 de julio, relativo a los requisitos para la transmisión de información a los consumidores sobre la ausencia o presencia de gluten en los alimentos
- Real Decreto 126/2015 de 27 de febrero, por el que se aprueba la norma general relativo a la información alimentaria de los alimentos que se presentan sin envasar para la venta al consumidor final y a las colectividades, y de los envasados en los lugares de venta a petición del comprador y de los envasados por los titulares del comercio al por menor.



# **TEMA 11. HIPOTERMIA URBANA**

**MIRIAM ASENJO GARCÍA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **JUSTIFICACIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **RECURSOS**
- **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El término hipotermia urbana se utiliza a veces para describir la hipotermia en personas sin techo, sobre todo aquellas predispuestas al enfriamiento por una intoxicación por drogas o alcohol, edad avanzada, enfermedades debilitantes, la indigencia o una combinación de estos factores<sup>1</sup>.

# JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, hay entre 30.000 y 40.000 personas en situación de sin hogar en España<sup>2</sup>. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2016, más de 16.000 personas fueron alojadas a diario<sup>3</sup>.

En los meses de invierno, algunas de las ciudades más frías registran hasta  $-10^{\circ}\text{C}$  y las cotas de nieve bajan, ciudades cuyo volumen de personas no es suficientemente elevado para crear centros de acogida, como son Ávila o Segovia<sup>4</sup>.

# OBJETIVOS

Dar soporte social en situaciones de desprotección  
(taxonomía NOC 1504)

Control de riesgo: hipotermia (1923)

# RECURSOS

Humanos: enfermera y trabajador social.

Institucionales: públicos y privados, ONG<sup>5</sup>.

# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Valoración.
2. Diagnósticos
3. Intervenciones.
4. Ejecución.

# VALORACIÓN

## 1. Anamnesis

- Edad.
- Temperatura y humedad ambiente de ese día.
- Duración aproximada de la exposición al frío.
- Si hubo o no ingesta alcohólica u otras intoxicaciones.
- Patologías asociadas: arterioesclerosis, mixedema, hipopituitarismo, enfermedades psiquiátricas, etc.
- Antecedentes nutricionales.
- Medicación que recibía previamente: depresores del S.N.C., vasodilatadores, relajantes musculares.
- Tipo de vestimenta que presentaba el paciente en el momento de su hallazgo.

## 2. Examen físico

- Toma de constantes (importante la temperatura).
- Glucemia capilar.
- Estado de consciencia.
- Tono muscular.
- Estado de la piel<sup>6</sup>.

# DIAGNÓSTICOS

1. Aislamiento social (Taxonomía NANDA 00053)
2. Riesgo de hipotermia (00253)

## INTERVENCIONES (Taxonomía NIC)

5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

5440.05 Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

5440.06 Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.

5440.12 Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento o rehabilitación, si procede.

8100 Derivación.

## 3900 Regulación de la temperatura

3900.01 Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.

3900.05 Observar el color y temperatura de la piel.

3900.07 Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

3900.18 Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

3900.22 Enseñar los signos precoces de advertencia de una hipotermia<sup>7</sup>.

# EJECUCIÓN

- Coordinar con los profesionales de las entidades públicas (trabajador social)
- Se realiza una entrevista personal, utilizando como método la escucha activa. A tenor de este primer análisis, se da información sobre los recursos más apropiados a cada situación.
- En el caso de personas transeúntes se ofrece como norma general el alojamiento en pensión por una noche y la posibilidad de acudir al Comedor Social perteneciente a la Gerencia de Servicios Sociales donde tienen la posibilidad de ducharse, un desayuno y una comida caliente y un bocadillo. Así mismo se ofrece información sobre otros recursos como el servicio de ropero de Cáritas u otros recursos de interés.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Ake Grenvik, MD. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva. 4ª Edición. 2002. ISBN 84-7903-587-0/ 950-06-2045-6

2. Fundación FOESSA. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. 2014. ISBN: 978-84-8440-591-7

3. Instituto Nacional de Estadística. Consulta 12 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np930.pdf>

4. Asociación española de meteorología. Consulta 12 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.aemet.es/es/eltiempo/prediccion/municipios>

5. Diputación de Segovia. Consulta 12 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.dipsegovia.es/servicios-sociales/programa-de-inclusion-social>

6. Moulia M, Noblia L, Montes M, Mussetti A. Hipotermia accidental. Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. Consulta 15 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.rccc.eu/ppc/guias/Hipotermia.htm>

7. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª edición. Elsevier 2013. ISBN: 9788490224137



# **TEMA 12. MALOS TRATOS EN EL ANCIANO**

**MARIA DEL CARMEN ESTEVEZ ALVAREZ**

# INDICE

- INTRODUCCION.
- FORMAS DE PRESENTACION DEL MALTRATO.
- INDICADORES DE MALOS TRATOS.
- BIBLIOGRAFIA.

# INTRODUCCION

La definición de maltrato en el anciano se entiende como " aquel estado de sufrimiento no necesario para el mantenimiento de la calidad de la vida de la persona anciana, autoinfligido o infringido por otra persona".

Es en el ámbito familiar donde generalmente el porcentaje de casos es más alto. No hay distinción entre clases sociales ni niveles educativos.

El maltrato institucional o profesional también está en auge de ahí la importancia de una buena identificación de este tipo de casos y buscar su erradicación .

En los últimos años este porcentaje está en un 66%, aumentando considerablemente.

# FORMAS DE PRESENTACION DEL MALTRATO.

1. Violencia física.
2. Violencia psicológica o emocional.
3. Violencia simbólica.
4. Violencia medicamentosa.
5. Privación de derechos cívicos.
6. Negligencia activa.
7. Negligencia pasiva.

# INDICADORES DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO.

Contamos con una serie de indicadores, tanto físicos como psíquicos ,para reconocer posibles casos de malos tratos en los ancianos tanto en su entorno familiar como en centros institucionalizados.

# EN EL ENTORNO FAMILIAR.

## ❖ INDICADORES FISICOS:

1. Contusiones en las muñecas, hombros o alrededor de abdomen.
2. Lesiones en la cabeza o cara.
3. Arañazos y quemaduras en zonas nada frecuentes.

## ❖ INDICADORES PSIQUICOS:

1. Depresión, ansiedad, nerviosismos.
2. Explicaciones vagas sobre el origen de las heridas.

# Centros institucionalizados.

## ➤ NEGLIGENCIA FISICA:

1. Malnutrición, deshidratación, mala higiene corporal, abuso de fármacos no prescritos por el facultativo.

## ➤ NEGLIGENCIA PSICOLOGICA:

1. Total indiferencia hacia el anciano por parte de los profesionales.

# BIBLIOGRAFIA

- Bazo, M. T. (2004): “Perfil de la persona mayor víctima de violencia”, en Sanmartín, J. (coord.), El laberinto de la violencia, Barcelona, Ariel, págs. 219-227.
- Glendenning, F. y Decalmer, P. (comp.) (2000), El maltrato a las personas mayores, Barcelona, Paidós.
- Iborra, I. (2003): “La protección del mayor. Violencia y maltrato físico y psíquico a los mayores”, en Soldevilla, J. y Nicolás, M. (2003), El envejecimiento del envejecimiento (pp. 75-79), Resumen de ponencias del X Congreso Nacional de la SEE GG y I Congreso de la AMEG, Madrid.



# **TEMA 13. LA AGRESIÓN AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO  
MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA  
ANA LÓPEZ CABRERA**

# ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. METODOLOGÍA**
- 4. RESULTADOS**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998), se llega a la conclusión de que la violencia en el ámbito laboral tiene carácter mundial y atraviesa las fronteras, los distintos contextos, los grupos profesionales y como riesgo ocupacional, se manifiesta o se percibe de diversas formas.

El Consejo Internacional de Enfermería, (1999) tras distintas investigaciones concluye que entre el personal sanitario, las enfermeras son las más expuestas al riesgo de violencia laboral, con una incidencia de 87% de agresiones en las unidades hospitalarias.

## **2. OBJETIVOS**

El objetivo principal de esta revisión consiste en mostrar la realidad de esta problemática que afecta a nuestra profesión.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, así como el uso de datos de organismos internacionales con palabras clave como: agresiones, enfermería, profesional sanitario.

## 4. RESULTADOS

El personal de enfermería es el trabajador sanitario que más riesgos corre, y se considera por tanto, que son el colectivo más vulnerable.

La agresión física es cometida casi exclusivamente por los pacientes, sin embargo, hay casos de maltrato o violencia que son llevados a cabo por familiares de los pacientes. Dichas agresiones tienen como escenario en la mayoría de los casos las áreas de emergencias o atención ambulatoria de las instituciones públicas.

La situación en España arroja cifras preocupantes; El informe oficial sobre el número de denuncias por agresiones en el periodo 2008-2012, es de 9.296. Además, según este informe, se denuncian el 11% de las agresiones perpetradas.

Es innegable que las agresiones a profesionales sanitarios son cada vez más frecuentes, constituyendo un riesgo no solo para su integridad física y psicológica sino también una merma en el propio sistema sanitario, ya que repercute de modo indirecto en otros pacientes, así como colectivos profesionales. Además, de estas agresiones derivan una serie de costes económicos tanto a nivel sanitario como a nivel judicial.

Por todo esto, se hace necesaria la aplicación de una serie de medidas de prevención que aseguren el bienestar y disminuyan la incidencia de esta lacra social.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Ortells Abuyé Nativitat, Muñoz Belmonte Teresa, Paguina Marcos Marta, Morató Lorente Isabel. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Abr [citado 2018 Feb 27] ; 12( 30 ): 196-207. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010&lng=es).
- Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(4):307–15. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a07.pdf>



# **TEMA 14. LA ERGONOMÍA EN EL DESEMPEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO**

**IVÁN ORTEGA MIRALLES**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CLASIFICACIÓN**
- **SISTEMA DE TRABAJO**
- **CONDICIONES DE TRABAJO**
  1. **MARCO MATERIAL DE TRABAJO.**
  2. **RIESGOS DE SEGURIDAD.**
  3. **CARGA FÍSICA.**
  4. **CARGA MENTAL.**
  5. **CARGA PSÍQUICA.**
  6. **RELACIONES EN EL TRABAJO.**
  7. **CONTENIDO DEL TRABAJO.**
  8. **IMPREVISTOS E INCERTIDUMBRES.**
  9. **HORARIO.**
  10. **ORGANIZACIÓN.**
- **BIBLIGRAFÍA.**

# INTRODUCCIÓN

- **DEFINICIÓN R.A.E.:** La ergonomía es el estudio de los datos biológicos y tecnológicos aplicados a **problemas de mutua adaptación entre el hombre y la máquina.**

## DEFINICIONES CLÁSICAS

- **FAVERGE (1973):** Análisis de los procesos industriales centrados en los hombres que aseguran su funcionamiento.
- **CAZAMIÁN (1973):** Estudio multidisciplinar del trabajo humano que pretende descubrir sus leyes para formular sus reglas.
- **MONTMOLÍN (1973):** La ergonomía no se centra en el hombre o la máquina aisladamente, sino en el estudio del sistema hombre- máquina.

Podemos decir que la **ergonomía** integra el conocimiento derivado de las ciencias humanas para adaptar los trabajos, sistemas, productos y ambiente a las capacidades físicas y mentales, así como a las limitaciones de las personas.

Su principal característica es la **multidisciplinariedad**.  
Ya que precisa de ciencias como la:

- Antropometría, Biomecánica, Fisiología, Psicología y Sociología.
- Estadística e Informática.
- Ingeniería, Arquitectura y Economía

Su finalidad es la **armonía entre el hombre y sus condiciones de trabajo**.

Sus objetivos son la **Eficacia** y el **Bienestar**.

# CLASIFICACIÓN

## SEGÚN EL MOMENTO DE ACTUACIÓN:

- Ergonomía de Diseño.
- Ergonomía Correctora.

## SEGÚN LOS COMPONENTES DE LA SITUACIÓN DE TRABAJO:

- Ergonomía Geométrica.
- Ergonomía Ambiental.
- Ergonomía Temporal.

# SISTEMA DE TRABAJO

**Montmolín (1973):** El conjunto de elementos humanos, materiales y organizativos que se encuentran interactivos, que son independientes, **persiguen un bien común (producción)**, evolucionan con el tiempo y están **encadenados jerárquicamente determinando subsistemas.**

- Sistema Hombre- Máquina.
- Sistema taller.
- Sistema Factoría.
- Sistema Empresa.

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 1.MARCO MATERIAL DE TRABAJO:

- Entorno material en que se trabaja, incluye con qué, en qué y sobre qué.
- Componentes:
  - ✓ Espacio de trabajo
  - ✓ Mobiliario y material de trabajo
  - ✓ Ambiente físico:
    - Temperatura
    - Humedad
    - Ruido
    - Iluminación

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 2. RIESGOS DE SEGURIDAD:

- Peligros eventuales más o menos previsibles.
- Categorías:
  - ✓ Incidentes.
  - ✓ Riesgos de incomodidad.
  - ✓ Riesgos importantes.

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 3. CARGA FÍSICA:

- Suma de **esfuerzos requeridos en el trabajo**, principalmente musculares.
- Determina el consumo metabólico.
- Límite: Sistema Cardiovascular.
- Origen:
  - ✓ Posturas (carga estática).
  - ✓ Fuerzas (esfuerzos musculares).
  - ✓ Desplazamientos.
  - ✓ Manejo de cargas.
  - ✓ Movimientos repetitivos.
- Consecuencia: **Fatiga Física.**

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 4. CARGA MENTAL:

- Actividad mental en sentido amplio para recibir, procesar y analizar la información para la ejecución de respuestas.
- Origen: indecisión, imprevisiones, recepción constante de órdenes, interrupciones, ritmos de trabajo elevados, conocimiento de los objetivos de trabajo.
- Consecuencia: **Fatiga mental.**

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 5. CARGA PSÍQUICA:

- Relacionada con la afectividad, depende de la **empatía**, tiene **umbral individual** y está en íntima relación con las **emociones y sentimientos**.
- Origen:
  - ✓ Enfrentamiento con la situación de trabajo.
  - ✓ Relación con el ambiente de trabajo.
  - ✓ Insuficiente información.
  - ✓ Equilibrio moral- Deontología- profesión.
- Consecuencia: **Fatiga Psíquica**.

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 6. RELACIONES EN EL TRABAJO:

- Útiles: contactos, comunicaciones, intercambios.
- Humanas: impuestas, espontáneas.

## 7. CONTENIDO DEL TRABAJO:

- Sentido del trabajo.
- Elementos: Autonomía, finalidad, variedad, posibilidad de aprender, aptitudes adecuadas.

## 8. IMPREVISTOS E INCERTIDUMBRES:

- Inmediata.
- A corto plazo.
- A Largo plazo.

# CONDICIONES DE TRABAJO

## 9. HORARIO:

- Distribución del tiempo de trabajo.
- Pacto.
- Organización vital.

## 10. ORGANIZACIÓN:

- Estructura Empresarial.
- Estilo de la relación de elementos.
- Tipos:
  - ✓ Formal: Organigrama/ Jefe.
  - ✓ Informal: líder.

# BIBLIOGRAFÍA

- Ferreras Remesal A, Días Pineda JA, Oltra Pastor A, García Molina CV. Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia. 1 ed. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV); 2007.
- Carvallo Suárez B. Riesgos laborales del ejercicio Profesional: Una responsabilidad compartida. Actual. Enferm. 2003; 6 (3): 25- 30.
- Apud E, Meyer F. La importancia de la Ergonomía para los Profesionales de la Salud. Cienc. Enferm. 2003; 9 (1): 15- 20.



**TEMA 15. MIOCARDIOPATÍA DE  
ESTRÉS TAKOTSUBO:  
A PROPÓSITO DE UN CASO**

**ANA LÓPEZ CABRERA  
MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO  
MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. PRESENTACIÓN DEL CASO
5. RESULTADOS
6. BIBLIOGRAFÍA

# 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de *tako-tsubo* (STK), conocido también como del «corazón roto», discinesia apical transitoria o *apical ballooning*, es una miocardiopatía aparentemente efímera que produce un grado variable de disfunción ventricular, predominantemente izquierda y, por definición, reversible.

Su particularidad más llamativa es que presenta una coronariografía sin estenosis significativas, a pesar de semejarse por sus características, desde el punto de vista clínico, electrocardiográfico e incluso con elevación de biomarcadores de necrosis miocárdica, con un síndrome coronario agudo.

## **2. OBJETIVOS**

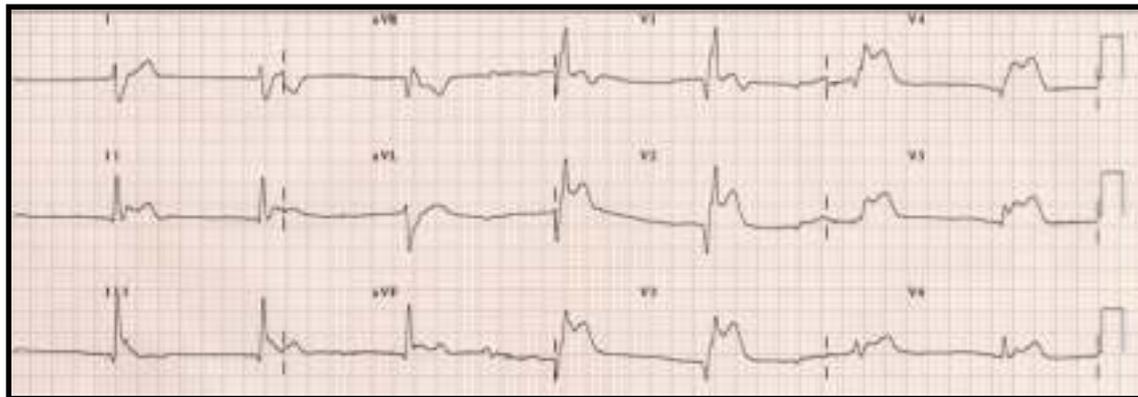
- Valorar la influencia de los factores psicosociales en las afectaciones cardíacas.
- Conocer la patología de Takotsubo, su diagnóstico y tratamiento.

## **3. METODOLOGÍA**

Exposición de caso clínico y revisión sistemática de la bibliografía de referencia.

## 4. PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años sin FRCV, que ingresa por SCACEST. Presenta un cuadro de una semana de evolución con episodios de dolor torácico opresivo en reposo irradiado a brazos de hasta 10 min de duración. A su llegada a urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, con persistencia de cambios electrocardiográficos y curva de troponina I US hasta 1106 ng/mL.



## 5. RESULTADOS

Se decide realizar coronariografía en la que no se visualizan lesiones arteriales que concuerden con los síntomas y signos.



Coronaria derecha  
poco desarrollada

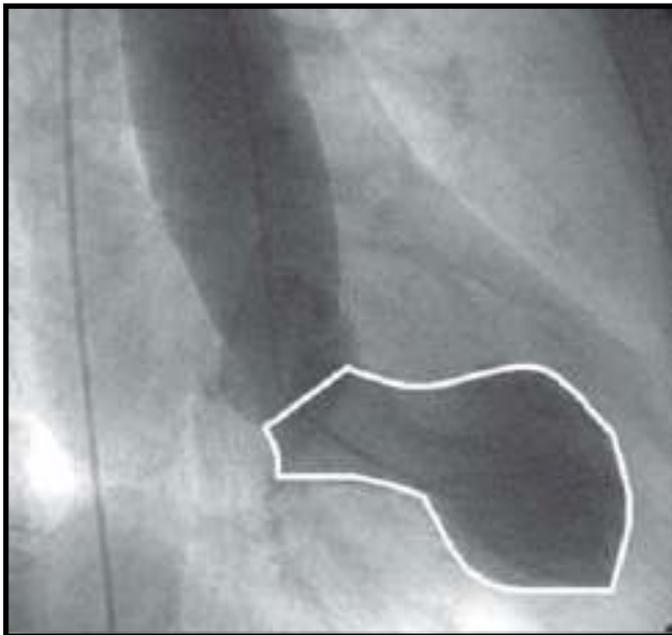


Descendente anterior y  
circunfleja  
con dominancia izquierda

Para hacer una valoración completa del caso, se hace ventriculografía izquierda de control para valorar alteraciones segmentarias. En ella se destaca una alteración importante en la contractilidad de todo el casquete apical, con hipercontractilidad compensatoria de los segmentos basales.

Tras un interrogatorio más exhaustivo, se relacionó el inicio del cuadro con el fallecimiento del marido de la paciente y por tanto con una importante situación de estrés emocional.

Con todos los datos obtenidos, se diagnosticó a la paciente de miocardiopatía de estrés. Este cuadro se denominó Takotsubo, por la forma en la ventriculografía de bote o tarro con cuello estrecho (similar al que usan los pescadores para cazar pulpos en Japón).



#### Criterios diagnósticos de la Clínica Mayo (2008) para síndrome de Tako-Tsubo

- 1 Alteraciones transitorias en la contractilidad ventricular izquierda (discinesia, acinesia o hipocinesia), con afectación apical o sin ella; extendiéndose más allá del territorio de una arteria coronaria determinada; ocasionalmente hay una situación estresante desencadenante, aunque no siempre
- 2 Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia angiográfica de rotura de placa aguda
- 3 Nuevas alteraciones electrocardiográficas (elevación del ST y/o inversión de la onda T) o elevación modesta de troponina
- 4 Ausencia de feocromocitoma o miocarditis

Aunque es de naturaleza benigna y transitoria, paradójicamente no está exento de complicaciones graves, mayoritariamente en el momento agudo; siendo la más frecuente de ellas la aparición de grados variables de insuficiencia cardíaca. En algunos casos, la función sistólica está tan deprimida que la situación hemodinámica del paciente llega a ser de Killip IV (*shock* cardiogénico).

No hay recomendaciones terapéuticas claras y éstas se limitan al tratamiento habitual de los síndromes coronarios agudos y sus complicaciones.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Núñez Gil, I. J., Luaces Méndez, M., & García-Rubira, J. C. (2009). Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. *Revista argentina de cardiología*, 77(3), 218-223.

Núñez-Gil, I. J., Molina, M., Bernardo, E., Ibañez, B., Ruiz-Mateos, B., García-Rubira, J. C., ... & Zamorano, J. (2012). Síndrome de tako-tsubo e insuficiencia cardiaca: seguimiento a largo plazo. *Revista Española de Cardiología*, 65(11), 996-1002.



# **TEMA 16. MALFORMACIÓN DE CHIARI**

**EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ**

# Índice.

- Historia
- Descripción MC
- Tipos
- Síntomas y signos
- Diagnóstico. Exploraciones complementarias

# Historia.

- La primera descripción de la malformación congénita del cerebelo, con herniación de la parte distal de esta estructura hacia el canal espinal, fue realizada en 1883 por el anatomista escocés John Cleland en una serie de 9 pacientes (Cleland, 1972).
- Este autor describió la elongación del vermis cerebeloso y el descenso del cerebelo.
- Posteriormente en 1891 el patólogo austriaco Hans Von Chiari (Viena 1851- 1916) describió varios tipos de esta malformación y publicó una serie de 24 pacientes en una publicación alemana (Chiari, 1891).

- En 1894 el patólogo alemán Julius Arnold (Suiza 1835-1915) completó la descripción con la aportación de un nuevo caso.
- Hasta la década de los 70 ayudado por los discípulos de Arnold, a esta patología se la conocía como malformación de Arnold-Chiari.
- A partir de entonces, y por un aspecto de justicia histórica, pasó a reconocerse de forma más extendida como malformación de Chiari, puesto que fue este autor quien contribuyó a la descripción de la malformación.

- Sin embargo es normal encontrar referencias al antiguo término Arnold-Chiari.
- El término siringomielia fue utilizado por primera vez por d'Angers en 1824 para describir la presencia de cavitaciones medulares.
- A partir de este punto los términos siringomielia, syrinx e hidromielia han sido utilizados de forma amplia en la literatura para referirse a cualquier cavidad quística dentro de la médula espinal.

# Descripción MC1

- La malformación de Chiari tipo 1, es una anomalía de la charnela craneocervical que se caracteriza por la presencia de una herniación o ectopía de las amígdalas cerebelosas hacia el canal espinal cervical.
- Existe controversia en la literatura debido a las diferentes opiniones, aunque la más aceptada exige que estos pacientes presenten herniación amigdalar superior a 3 mm por debajo del agujero del foramen mágnum.

- El gran uso de la resonancia magnética (RM) ha tenido como consecuencia una mayor detección del descenso patológico de las amígdalas cerebelosas y el amplio abanico de las patologías asociadas se reconoce con más facilidad.
- A pesar de todo este síndrome continúa siendo poco reconocido, con un retraso en el diagnóstico de alrededor de 5 años tras la aparición de los síntomas.

# Tipos.

- Existen cuatro tipos de malformación de Chiari.
- Tipo 1: Elongación de las amígdalas del cerebelo hacia el canal raquídeo. Hay un descenso variable de las amígdalas y parte inferior del cerebelo. Puede estar incluso descendido parcialmente el bulbo sin descenso del IV ventrículo al canal espinal. No se asocia con otras anomalías del tronco del encéfalo.

- Tipo 2: desplazamiento de la parte inferior del vermis, bulbo y médula, junto con deformación del IV ventrículo. Además la fosa posterior es plana y pequeña con inserción baja de la tienda del cerebelo. La cisterna magna es pequeña o inaparente. En la mayoría de los casos está asociado con espina bífida. Se le atribuye una mayor predisposición genética.
- Tipo 3: el cerebelo se hernia hacia el canal espinal. La fosa posterior es aún menor y existe un defecto del hueso occipital y/o primeras vértebras con herniación del cerebelo al canal cervical y migración del mismo (encefalocele) a nivel cervical alto u occipital bajo. Es la forma más severa y muy poco frecuente, generalmente es incompatible con la vida.

- Tipo 4: consiste en hipoplasia cerebelosa sin herniación del mismo. No incluye hidrocefalia. Es raro, sólo se han descrito casos aislados en la literatura
- A pesar de las descripciones clásicas que se acaban de enumerar, en los últimos años diversos autores reconocen la existencia de diferentes pacientes incluidos tradicionalmente dentro de la MC-1: malformaciones de Chiari tipos 0 y 1.5.

- Tipo 0: se caracteriza por presentar una fosa posterior reducida, ausencia de cisterna magna y en la mayoría de los casos los pacientes presentan siringomielia y mínimos hallazgos de herniación cerebelosa.
- Tipo 1.5: el descenso amigdalario se acompaña de un descenso caudal adicional al tronco del encéfalo, de modo que el obex se sitúa por debajo del foramen magno. Puede asociarse a siringomielia. Algunos autores consideran que estos pacientes se encuentran en situación intermedia entre la MC-1 y la MC-2.

# Síntomas y signos.

- Las manifestaciones clínicas dependerán de la severidad de la malformación y de la existencia de patologías asociadas.
- Los síntomas iniciales pueden ser vagos, variables y lentamente progresivos, confundiendo el cuadro clínico con otras patologías tales como esclerosis múltiple, miastenia gravis o enfermedades psiquiátricas.
- La mayoría de los síntomas se relacionan con la compresión de los pares craneales más bajos o las estructuras del tronco cerebral.
- La edad de inicio de la sintomatología de la malformación de Chiari suele ser durante la segunda o tercera décadas (entre los 25 y los 45 años), aunque en pacientes con siringomielia el inicio suele ser más precoz

- Sin embargo, existen algunas características que son muy típicas de la malformación de Chiari, que incluyen el empeoramiento de los síntomas durante el ejercicio y el esfuerzo, las maniobras de Valsalva y la extensión de cuello.
- Algunas pacientes también refieren que la clínica empeora durante el período premenstrual.
- En la mayoría de los casos existe cefalea que los pacientes describen como opresiva y occipital y que irradia a la región retro ocular y a los hombros.

- El segundo síntoma en frecuencia son los mareos o las sensaciones vertiginosas, no siempre fáciles de definir. Las alteraciones visuales y auditivas aparecen con mucha frecuencia. Los síntomas bulbares y cerebelosos menos cantidad pero aun siendo notables.
- Los síntomas relacionados con la siringomielia se deben a la afectación medular y se traducen en alteraciones sensitivas, déficits motores y, con gran frecuencia, en dolor neuropático. La sintomatología puede ser fluctuante, con periodos de agudización y de remisión.

- A continuación se describen los síntomas mas frecuentes y característicos:
- Cefaleas: Es el síntoma mas común en todos los pacientes que se inician en la región cervical o en la región occipitounal y aumentan con las maniobras de Valsalva o el esfuerzo, por lo que se atribuyen al desplazamiento de las estructuras caudales del cerebelo en el foramen magno. Se describen como un dolor sostenido y pulsátil.
- Las cefaleas suelen constituir el síntoma inicial y se considera que se deben a fenómenos compresivos de las amígdalas de cerebelo en el foramen mágnum.

- Dolor cervical Se caracteriza por no tener distribución radicular y se acompaña de molestias continuas, localizadas en los hombros, nuca, tórax y extremidades superiores. Típicamente aumentan con maniobras de Valsalva.
- Síndrome centro medular
- En los casos asociados a siringomielia. La clínica típica consiste en debilidad segmentaria y atrofia de la musculatura de las manos, con arreflexia e hipoestesia disociada suspendida en tronco o extremidades (pérdida de la sensibilidad para la temperatura y el dolor y conservación del tacto).

- Vértigo
- Desencadenado por movimientos rotacionales de la cabeza
- • Irritabilidad • Tinnitus, acúfenos o zumbido de oídos
- Nistagmus
- El movimiento ocular puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de ellos. Se asocia a alteraciones del tronco del encéfalo.
- • Disfagia, por afectación del IX par craneal • Síndrome apnea-hipo apnea durante el sueño (SAHS)

# Diagnóstico. Exploraciones complementarias

- Exploración diagnóstica: Resonancia magnética
- La resonancia magnética se ha convertido en el examen básico universalmente reconocido para el diagnóstico de la MC-1.



Imagen de resonancia magnética (RM) de un paciente con una malformación de Chiari tipo I asociada a hidrocefalia y siringomielia. Las imágenes muestran un descenso de las amígdalas del cerebelo

# Bibliografía.

- Massimi L, Caldarelli M, Frassanito P, Di Rocco C. Natural history of Chiari type I malformation in children. *Neurol Sci* 2011;32:275–277
- Bindal AK, Dunsker SB, Tew Jr JM. Chiari I malformation: classification and management. *Neurosurgery* 1995;37:1069
- Hans Von Chiari“concerning alterations in the cerebellum resulting from cerebral hydrocephalus “*DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* react-text: 30 17(42):1172-1175 /34 January 1891
- Bindal AK, Dunsker SB, Tew Jr JM. Chiari I malformation: classification and management. *Neurosurgery* 1995;37:1069.



# **TEMA 17. LA VACUNACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD PÚBLICA**

**MARÍA NAVAS GARCÍA  
MARÍA ESTHER ORTEGA MARTÍN  
MARÍA TERESA PÉREZ GARCÍA**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIONES
- TIPOS DE VACUNAS
- POSIBLES EFECTOS ADVERSOS
- BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN
- NEGATIVA A LA VACUNACIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

Las vacunas son, con seguridad, la medida más importante de Salud Pública con la que se ha podido contar. Su empleo ha mejorado de forma espectacular la supervivencia y la calidad de vida de numerosas poblaciones en todo el mundo, a su vez han contribuido a su mejor desarrollo y bienestar. (1)

Las vacunas han formado parte de nuestras vidas desde que nacimos pero pocos son los que conocen su importancia. La inoculación se empezó a practicar en China siglos antes de que su uso se extendiera por todo el mundo. Gracias a esto en 1980 se consiguió erradicar de la Tierra, por primera vez en la historia, una de las enfermedades infecciosas más letales, la viruela. (2)

Debido al espectacular crecimiento de la población y a su hacinamiento en pequeños espacios de territorio, la difusión de enfermedades transmisibles es cada vez más sencillo y frecuente.

Estos factores realzan la importancia de unos correctos métodos de control epidemiológico. La vacunación es una de las medidas epidemiológicas encargadas de frenar la extensión de enfermedades transmisibles. (3)

# DEFINICIONES

El término **vacuna** se define como, “Suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivos, de una de sus partes o de un producto derivado de ellos que se administra para producir una infección similar a la infección natural pero sin peligro para el que la recibe, con el objetivo de producir una respuesta inmunitaria que le proteja frente a ulteriores contactos con el germen del que se le ha vacunado”. (4)

La **Epidemiología** se define como el estudio sistemático de los factores que determinan o influyen en las características y la prevalencia de una enfermedad o afección en la población. (Libro enfermedades transmisibles)

# TIPOS DE VACUNAS

Según su forma de producción las vacunas se dividen en dos grandes grupos: (5)

**Vacunas vivas o atenuadas.** Se consiguen mediante pases sucesivos en huéspedes animales o medios de cultivo. Producen en el organismo una respuesta humoral (linfocitos B y los anticuerpos), y una respuesta celular, (linfocitos T), que confieren una inmunidad similar a la infección natural.

**Vacunas muertas o inactivadas.** Se consiguen inactivando suspensiones de microorganismos por medios físicos o químicos. La respuesta que se produce es simplemente humoral y, usualmente, menos duradera que la de las vacunas atenuadas.

En función del uso sanitario, se habla de dos formas de vacunación: (5)

**Vacunación sistemática.** Es aquella que se realiza a toda una población siguiendo un programa de Salud Pública y unas pautas temporales donde encontramos los calendarios vacunales. El principal propósito, es proteger a los individuos sensibles y crear inmunidad de grupo, de modo que si la tasa de inmunidad colectiva es suficiente para romper la cadena de transmisión, se conseguirá erradicar la enfermedad.

**Vacunación no sistémica.** Es aquella que se realiza puntualmente, a cada individuo, según los factores de riesgo personales o ambientales que presenten. Dentro de este grupo, se consideran las recomendadas para viajeros internacionales.

# POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

Al igual que algunas otras medidas preventivas, o terapéuticas, las vacunas no pueden ser inofensivas al 100% y, a veces, presentan efectos adversos. Pero, a diferencia de otros métodos, las vacunas se caracterizan por administrarse mundialmente, en su mayoría a personas sanas, y normalmente en población infantil, por lo que su grado de seguridad es extremo.

Varios estudios han demostrado la existencia de efectos secundarios, siendo la fiebre, inflamación y dolor los síntomas más comunes. Tras la vacunación del virus contra el Papiloma Humano se dieron casos de convulsiones y síncope. (6)

# BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN

- Beneficios sobre el control de la enfermedad: erradicación, eliminación y control de la morbilidad y la mortalidad.
- Reducción de la gravedad de la enfermedad.
- Prevención de la infección y resistencia a antibióticos.
- Protección indirecta de los no vacunados: Inmunidad de grupo, efecto rebaño.
- Prevención de enfermedades relacionadas y cáncer: las vacunas de la hepatitis B y VPH protegen frente al cáncer de páncreas y cérvix, respectivamente.
- Beneficios sociales: Aumento de esperanza de vida, ahorros de costes en salud, entre otros.
- Beneficios económicos: Promueven el crecimiento económico, ganancias en la reducción de riesgos y salud. (7)

# NEGATIVA A LA VACUNACIÓN

En la actualidad se está observando un incremento de las declaraciones en contra de la vacunación. En consecuencia se han detectado nuevos casos de infecciones tras el aumento de brotes epidémicos, concretamente de sarampión en Granada y la creciente incidencia de esa enfermedad en la Comunidad de Madrid. (8)

Paralelamente, en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) se fomenta esta iniciativa en contra de la vacunación donde algunos profesionales de distintos ámbitos difunden peligrosamente información contraproducente para la población, dándole mayor difusión al problema. (9)

# CONCLUSIONES

En conclusión, se atribuye el descenso en la incidencia de enfermedades transmisibles a las vacunas. Los cambios en los últimos años reflejan un descenso de entre 95 y 100% de la incidencia en enfermedades como la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la rubéola congénita, además del *Haemophilus influenzae* tipo b y el meningococo C.

Todo ciudadano está en su derecho de opinar libremente y defender sus ideales, pero en la actualidad ha quedado demostrado científicamente la efectividad de la vacunación frente a cualquier opinión popular. Los grandes progresos en la eliminación de la poliomielitis o el sarampión se deben en definitiva a los programas vacunales. (9)

# BIBLIOGRAFÍA

- 1) Picazo Juan J. et al. Evidencias científicas disponibles sobre la seguridad de las vacunas. *Vacunas*. 2011. 12 (1): 3-34.
- 2) Viñes J. J. La inoculación de la viruela y de la vacuna entre el empirismo (siglo XVIII) y la experimentación (siglo XIX). Primera parte: la variolización. *Vacunas*. 2008. 9(1): 39-45.
- 3) Chin J., El control de las enfermedades transmisibles. 17 ed. Washigton (EU): Asociacion Estadounidense de Salud Pública; 2001.
- 4) Martínez-Mateo, P., Bustos-Fonseca, M. J., & Gil-Díaz, M. J. (2012). Actualización en vacunas. Teoría, realidades y mitos (I). *SEMERGEN Medicina de Familia*, 38(3), 160-166.

- 5) Barberán, J., Martínez, M. M., Revuelta, J. T., & Marqués, A. F. (2010). Estrategias terapéuticas en enfermedades infecciosas. Medidas de prevención. Vacunaciones. Estrategia general del empleo de fármacos antiinfecciosos. Empleo de antipiréticos, antiinflamatorios, esteroides y otras moléculas. Medidas físicas. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(49), 3265-3272.
- 6) Rojas, M. A. T., González, M. P., Rodríguez, F. G., & Fernández, J. R. (2011). Efectos adversos de la vacunación contra el virus del papiloma humano. *Atención primaria*, 43(1), 5-9.

- 7) Tuells José. Controversies over vaccines in Spain, a chance for social vaccinology. Gac Sanit [Internet]. 2016. Feb [citado 2018 Mar 05]; 30(1): 1-3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112016000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000100001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.006>.
- 8) Romero, M. M., Diz, S. M., & Iglesias, F. G. ¿Por qué los padres no vacunan a sus hijos? Reflexiones tras un brote de sarampión en un barrio de Granada. Anales de Pediatría. 2011. 75 (3): 209-210.
- 9) Asociación Española de Vacunología. Hablemos de vacunas desde la ciencia y el conocimiento. 2011. 12 (4): 160-161.



# **TEMA 18. MOVIMIENTO ANTIVACUNAS**

**MARÍA DOLORES SALAMANCA BAUTISTA**

**ANA LÓPEZ CABRERA**

**MARÍA DE LOS ÁNGELES LEÓN CANALEJO**

# ÍNDICE

- 1- ¿CÓMO NACE ESTE MOVIMIENTO?
- 2- ¿QUIENES FORMAN ESTE MOVIMIENTO?
- 3- ARGUMENTOS DE QUIENES SE Oponen A LAS VACUNAS.
- 4- ¿QUÉ HACER FRENTE A ESTOS MOVIMIENTOS?
- 5- BIBLIOGRAFÍA.

## **COMO NACE ESTE MOVIMIENTO.**

El movimiento nace en 1998, cuando la revista THE LANCET publica el artículo de A. WAKEFIELD, en el cual se asociaría la vacuna de la triple vírica con la aparición del AUTISMO.

El estudio tuvo un gran impacto mediático en el Reino Unido. Muchos padres empezaron a tener miedo de vacunar a sus hijos, cayendo el índice de vacunación en los años siguientes.

Ningún otro equipo científico consiguió obtener los mismos resultados que Wakefield, hasta que se descubre que el estudio es un fraude con intereses financieros. The Lancet termina retirando en 2010 el artículo.

# ¿QUIENES FORMAN ESTOS MOVIMIENTOS?

- . **Religiosos integristas**: argumentan que si Dios decide que alguien debe morir por una enfermedad, hay que acatar su voluntad. Sería un pecado no hacerlo.
- . **Medicinas alternativas**: como la antroposofía, naturistas, algunos homeópatas y comunidades quiroprácticas.
- . **Libertad individual**: oposición de personas que piensan que el gobierno no debería inmiscuirse en la libertad del individuo a escoger su medicación.
- . **Motivos económicos y controversia sobre la efectividad real de la vacunación**: los críticos a la vacunación han acusado a las farmacéuticas de falsear la seguridad y la efectividad de las vacunas, ocultando y suprimiendo información e influyendo en las decisiones de políticas sanitarias para conseguir ganancias.

# ARGUMENTOS DE QUIENES SE Oponen A LAS VACUNAS.

Con un lenguaje sencillo y casos sensacionalistas, los antivacunas son capaces de llegar a aquellas personas que usan la red en busca de información. Los argumentos más repetidos del movimiento son :

- a) Provocan autismo.
- b) No son efectivas ni necesarias y la reducción de estas enfermedades es debido a las mejoras de las condiciones sanitarias.
- c) Las vacunas contienen sustancias tóxicas y los efectos secundarios de las vacunas son peores que la propia enfermedad que se supone previene.
- d) Se trata de enfermedades antiguas, ya no representan riesgos, hay que dejar que la naturaleza actúe...

# ¿QUÉ HACER FRENTE A ESTOS MOVIMIENTOS?

El rechazo a las vacunas se da por estar **MAL O POCO INFORMADOS.**

La ideología antivacunas se ha extendido con gran virulencia gracias a su movimiento propagandístico por la Red.

La información veraz será por lo tanto el arma más potente para concienciar sobre los beneficios de la vacunación, frente a las complicaciones de la no vacunación.

Sobre si debe ser obligatoria la vacunación, diversos estudios han demostrado que no hay diferencias significativas en la tasa de vacunación entre países donde es obligatorio y donde no lo es.(Según artículo de bibliografía(1))

# BIBLIOGRAFÍA

- **López Santamaría MA. Los movimientos antivacunación y su presencia en internet. Ene.[internet]. 2015 Dic [citado 2017 Dic 13];9(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X20150003000111>**
- **Aparicio Rodrigo M.. Antivacunas; un reto para el pediatra. Rev Pediatr Aten Primaria [internet]. 2015 Jun [citado 2018 Ene 18] ; 17 (66): 107-110. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000300001&lng=es.\(1\)](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300001&lng=es.(1))**
- **Véliz L, Campos C, Vega Paula. Conocimientos y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. Rev. chil Infectol. [internet]. 2016 Feb [citado 2018 Ene 18], 33 (1): 30-37. Disponible en : [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182016000100005&lng=esvol.33 no1](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182016000100005&lng=esvol.33 no1)**



# **TEMA 19. TRAUMA DENTAL EN LA INFANCIA**

**JESICA PERONA MARTINEZ**

**MARIA JOSE SASTRE MARTINEZ**

**GINA RAMOS SIMONELLI**

**MARIA DEL MAR RAMOS SIMONELLI**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **ETIOLOGIA**
- **EXPLORACION DE LOS TRAUMATISMOS**
- **PRONOSTICO Y TRATAMIENTO**
- **BIBLIOGRAFIA**

# INTRODUCCION

El traumatismo accidental de los dientes es quizá uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo y su frecuencia en la clínica odontológica es cada día mayor. En odontopediatría es aún más evidente, puesto que la incidencia de lesiones dentarias precisamente es mayor en la niñez y en la adolescencia. Diversos estudios han revelado que aproximadamente un 24% de los niños menores de 14 años han sufrido algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores (incisivos). Los niños son más propensos a sufrir lesiones en la dentición permanente que las niñas, especialmente entre los 7 y 11 años, factor que está íntimamente relacionado con la participación más brusca en deporte y juegos.

# ETIOLOGIA

Los factores desencadenantes son los siguientes:

- Caidas.
- Prácticas de juegos o deportes violentos, sobretodo en la edad escolar (de 6 a 12 años)
- Maltrato físico
- Accidentes de tráfico

Los factores PREDISponentes son los siguientes:

- Gran resalte: los niños que tienen los incisivos superiores hacia fuera
  - Protusión de incisivos por el hábito de succión del dedo
  - Inestabilidad: los niños que empiezan a andar, pero no de forma estable, y sufren muchas caídas .
- Defectos estructurales: como la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta.

# EXPLORACION DE LOS TRAUMATISMOS

Las lesiones traumáticas siempre deben tratarse con carácter de urgencia; por ello, el tratamiento debe ser inmediato. Toda terapéutica racional depende de la capacidad del profesional para formular un diagnóstico correcto. Una historia clínica y una exploración minuciosa conducirá al diagnóstico adecuado. Es importante conocer donde se produjo la lesión para conocer si la herida puede estar contaminada y necesitamos una terapia antibiótica y antitetánica.

El examen del paciente se realizará con rapidez, pero sin omitir ninguna de las exploraciones que puedan aportar datos imprescindibles. Se limpiará la zona traumatizada con solución fisiológica. En caso de heridas en tejidos blandos utilizaremos un detergente suave. Recogemos la información con ayuda de los padres.

# PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Después de la fase inicial de tratamiento hay que dar paso a un período de observación. El intervalo de tiempo entre las sucesivas revisiones dependerá de la gravedad del trauma, pero la siguiente pauta puede servir como guía: a la semana, a las tres semanas, a los tres meses, a los seis meses, a los doce meses y una vez al año durante cuatro o cinco años más. Igualmente deben ser observados durante un período de tiempo no inferior a un año aquellos traumas en los que no existan signos clínicos ni radiográficos de lesión.

La valoración clínica comprende la realización de pruebas de sensibilidad, percusión y movilidad y la inspección del color del diente. Mediante radiografías hay que valorar el estado perirradicular (alrededor de la raíz) y la presencia de alteraciones dentro de la cavidad pulpar.

# BIBLIOGRAFÍA

- . Toledo OA. Odontopediatria. Fundamentos para la práctica clínica. 2a ed. San Pablo: Editorial Premier; 1996.p. 272-3.
- . García Ballesta C, Pérez Lajarín L. El problema: clasificación, etiología y patogenia. En: García Ballesta C, Mendoza Mendoza A. Traumatología Dental. Madrid: Ergon; 2003.
- . Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Novas Montes de Oca L. Traumas dentarios en población infantil de Matanzas. Año 2009. Rev Méd Electrónica.2013 [citado 7 sep 2013]; 35(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/articloe/view/991>



# **TEMA 20. ENFERMERÍA, SEDACIÓN PALIATIVA Y MARCO SOCIAL**

**VIRGINIA MENESES CAMPOS  
RAQUEL ALFAYATE SIERRA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **Objetivo**
- **MATERIAL Y MÉTODOS**
- **RESULTADOS**
- **Concepto de sedación paliativa**
- **Sedantes en paliativos**
- **Tipos de sedación**
- **Valoración del paciente sedado**
- **Escala Ramsay**
- **Escala de Glasgow**
- **Escala de valoración de alerta/sedación**
- **Métodos Fisiológicos**
- **Índice Biespectral (BIS)**
- **Sedación paliativa frente a eutanasia**
- **Revisión sobre la legislación española en materia de sedación paliativa**

# ÍNDICE

- **Ética enfermera y sedación paliativa al final de la vida**
- **Principio de Autonomía**
- **Principio de No maleficiencia**
- **Principio de Beneficiencia**
- **Principio de Justicia**

# INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos originados en nuestro país en las últimas décadas han afectado con profundidad los cuidados enfermeros. Siendo principalmente el envejecimiento de la población, responsable de un incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades debilitantes progresivas, y dentro de éstas, las enfermedades neurodegenerativas y las neoplasias ocupan un puesto destacado en cuanto a su elevada prevalencia y su alta morbilidad, responsables de situaciones asociadas a un alto sufrimiento en el paciente y en sus familiares. Esta situación se verifica especialmente en la fase terminal de estas enfermedades, de igual forma a lo que acontece en otras de etiología y afección diversa .

La Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos según la cual podemos definirlos como el “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Más adelante, la OMS completó esta definición: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evolución y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales” ,

Los cuidados paliativos intentan dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos que se encuentran en una fase avanzada y terminal de su proceso de salud, así como a sus familiares. Tiene como objetivos atender el dolor, síntomas físicos y espirituales y llevar a cabo los efectos prácticos que estos cuidados requieran; deben mantener al paciente y a los familiares informados, favoreciendo la comunicación y el apoyo emocional mediante la escucha al paciente y sus familiares y permitiendo que este colabore en la toma de decisiones .

Como situación terminal entendemos aquella en la que “existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación”

El término de cuidados paliativos hace referencia a toda una filosofía de calidad y atención humanista a los pacientes y familiares, y son necesarias unas firmes bases investigadoras, docentes y organizativas. La enfermería basa sus actuaciones en el principio de que “cuando a un paciente no se le puede curar, siempre se le puede aliviar el sufrimiento. Es en este punto de alivio del sufrimiento donde podemos incluir la labor llevada a cabo con los cuidados paliativos. Llegados al punto en el que es imposible que el paciente promueva en su estado de salud, la enfermería tiene como misión encargarse de que el paso de la vida a la muerte sea de un modo tranquilo e indoloro. Para garantizar esta ausencia de dolor, entre varias técnicas, vamos a centrarnos en la sedación en los cuidados paliativos. Es por eso, que actualmente contamos con diversas técnicas, entre las que se encuentra la sedación, utilizada en casos extremos y no exenta de polémica.

# OBJETIVOS

El objetivo principal del presente Trabajo de Fin de Grado consiste en dar a conocer la técnica de sedación paliativa como Alivio de los síntomas sin curar la enfermedad subyacente. Así mismo, como objetivos secundarios se da a conocer la sedación paliativa, sus fármacos específicos la valoración necesaria en su administración, y reflexionar desde el punto de vista ético.

# MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el periodo de febrero de 2013 a abril 2013. Para comenzar el trabajo de revisión que a continuación se muestra se ha realizado una búsqueda en las bases de datos:

- Medline ®,
- Pubmed,
- Google Académico® Y
- SciELO

Se emplearon otros recursos disponibles en internet de búsqueda de información como guías de práctica clínica, página de la SECPAL, PAHO, WHO; BOE...

Los descriptores utilizados en inglés y español fueron “Hospice Care”/“Cuidados Paliativos al Final de la Vida” con 4748 resultados, y “Sedation”/ “Sedación” tenía 6769 resultados. Por esto se aplicaron límites:

- fecha de publicación (publicados en la última década);
- edad de la población objeto del estudio “All adult: 19+ years“, excluyendo así estudios sobre pacientes pediátricos.

Las palabras clave empleadas fueron:

- sedación paliativa
- sedación terminal
- bioética
- cuidados paliativos
- eutanasia

Los artículos se identificaron inicialmente en función del título y del resumen. Una vez seleccionados, se obtuvieron trabajos adicionales a través de las referencias bibliográficas de los artículos elegidos.

# RESULTADOS

Con la realización del trabajo ponemos sobre la mesa los diferentes tipos y técnicas de sedación, las normativas legales que las regulan y la visión ética de la enfermería y la sociedad.

# CONCEPTO DE SEDACIÓN PALIATIVA

Se entiende como la administración de fármacos, según dosis requeridas, con el fin de reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o terminal, así como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Un síntoma refractario, según lo definieron por primera vez Cherny y Portenoy en 1994, es “el término que puede aplicarse cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable, que no comprometa la consciencia del paciente” ,. . Según el Comité de Ética de la SECPAL se trata de “un síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente”. La sedación paliativa debe cumplir los siguientes requerimientos:

- Existencia de un síntoma refractario.
- Necesidad de disminuir el estrés o sufrimiento.
- Reducción proporcionada del nivel de consciencia a la necesidad de alivio de sufrimiento , .

Para la aplicación de la sedación paliativa debe seguirse un protocolo y disponer del conocimiento, habilidades técnicas y actitudes éticas necesarias. Debemos tener claro que la sedación paliativa NO es una técnica de eutanasia encubierta, ya que ni los objetivos, procedimientos, resultados e indicaciones así como las actitudes éticas son similares. Más adelante dedicaremos un apartado a diferenciar ambos conceptos .

# Sedantes en paliativos

Los sedantes por sí mismos no alivian el dolor, pero pueden ser utilizados en combinación con analgésicos en la preparación de cirugías. Un sedante es un fármaco adecuado para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o de prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica que pueda ser estresante o dolorosa. A menudo suelen ser utilizados para reducir la ansiedad ante procesos dolorosos o que provocan ansiedad .

De acuerdo con la Sociedad América de Medicina Crítica el sedante ideal debería tener las siguientes características: rápido inicio y vida media corta, mínima depresión respiratoria, ausencia de efectos sobre la función cardiovascular, metabolitos inactivos o carentes de ellos, metabolismo y eliminación independiente de la función renal o hepática, no debe interaccionar con otras drogas, no debe producir dolor al ser inyectado, no debe producir tolerancia o síndrome de abstinencia, debe producir amnesia y ser económico .

Los fármacos hipnótico-sedantes “son un grupo de sustancias que deprimen el sistema nervioso central de manera no selectiva”. En este grupo encontramos los barbitúricos, de los cuales los más utilizados son el tiopental y el methoxibarbital; la ketamina, que a diferencia de los barbitúricos produce hipnosis y analgesia, pero entre sus inconvenientes encontramos que produce disforia, alucinaciones sueños y pesadillas; y por último el propofol, considerado como el fármaco ideal para la sedación consciente ya que proporciona un rápido despertar .

Una droga sedante disminuye la actividad, modera la excitación y calma al que la recibe. Sin embargo, la sedación también puede ser considerada como un efecto adverso de ciertos fármacos que no son sedantes propiamente. En este apartado podemos incluir la acción llevada a cabo por las Benzodiazepinas. La primera sustancia de la que queda constancia que fue utilizada como sedante fue el bromuro. Entre 1853 y 1900 los fármacos sedantes disponibles eran el hidrato de cloral, el paraldehído, el uretano y el sulfonal. En 1903, según la universidad de California fue presentada el “Barbital”, y en 1957 se presentaron las benzodiazepinas, desplazando así a los barbitúricos como sedantes de elección.

En la actualidad se han más de 3000 benzodiazepinas, probado más de 120 y más de 30 se utilizan en el ámbito clínico. De las benzodiazepinas más utilizadas podemos destacar el midazolam, una benzodiazepina de acción corta y el diazepam. Encontramos también otro grupo de fármacos: los opiáceos y que a diferencia de las benzodiazepinas y los barbitúricos tienen un efecto analgésico. Los más utilizados en la actualidad son el alfentanilo y el remifentanilo .

# TIPOS DE SEDACIÓN

Sedar al paciente cuidado en la unidad de cuidados paliativos (CP), es un procedimiento rutinario que se realiza para el tratamiento de la ansiedad, adaptándolo a su nueva situación que anteriormente hemos descrito, y que en este apartado desglosamos:

- Ansiólisis o sedación mínima: es un estado inducido por fármacos con respuesta verbal normal, función cognoscitiva normal y sin afectación de las vías respiratorias ni función cardiovascular.

- Sedación analgesia o sedación consciente: depresión del estado de consciencia producido por fármacos en el cual el paciente responde a estímulos táctiles ligeros o verbales fáciles. No es necesaria ninguna medida para mantener la vía aérea, ya que se conserva la respiración espontánea. Función cardiovascular preservada, aunque ligeramente deprimida. Según la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos, la sedación consciente “es aquel estado en el cual el paciente tiene deprimido su nivel de consciencia, pero retiene la habilidad de mantener la vía aérea permeable y de responder de forma adecuada a estímulos y/o órdenes verbales”

La American Society of Anesthesiologist (ASA) introduce el término analgesia, sedación/analgesia que describe como “el estado de la consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos no o poco placenteros mientras se mantiene una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a órdenes verbales y/o estímulos táctiles”

- Sedación analgesia profunda o sedación inconsciente: Podría considerarse como un estado de anestesia general. El paciente no puede ser despertado incluso por estímulos repetitivos y dolorosos. Puede ser necesaria alguna medida para mantener la permeabilidad de las vías aéreas ya que esta suele encontrarse deprimida, requiriendo en algunos casos de ayuda o soporte ventilatorio, gúelde, ventilación manual asistida, etc. La función cardiovascular normalmente suele estar preservada .

# VALORACIÓN DEL PACIENTE SEDADO

El reto de la enfermera está en participar en el control de síntomas y para evaluar el nivel de sedación del paciente contamos con diversas escalas:

## Escala Ramsay

Esta herramienta fue diseñada por A.E. Ramsay en 1974, se confeccionó específicamente como sistema objetivo de puntuación para medir la sedación inducida por drogas. Con ella se trata de conocer el nivel de sedación del paciente a su cargo, entre el personal de enfermería especialista en cuidados paliativos, es de crucial importancia. Es la más utilizada en Europa, se aplica debido a que ha demostrado tener una fiabilidad intraobservador aceptable cuando se compara otras

Resulta eficaz tanto para medir el nivel de reactividad y somnolencia en pacientes críticos sedados, como para la evaluación postoperatoria tras la anestesia general. Se divide en seis niveles desde el nivel 1 donde el paciente se muestra ansioso y agitado, al nivel 6 donde el paciente se encuentra sin respuesta. Los niveles de sedación adecuados para la mayoría de los enfermos estarían entre el 2 y el 4, aunque en los momentos en los que aumente la estimulación del enfermo, como durante la aspiración traqueal, o en otras situaciones tan delicadas que atraviesa el paciente terminal. Se basa en respuestas verbales o motoras, por lo que no es útil en el caso de utilizarse relajantes musculares. Tiene el inconveniente de que no es muy precisa en la evaluación de la agitación y del exceso de sedación ,

## Escala de Glasgow

Inicialmente se desarrolló con el fin de valorar el nivel de consciencia en pacientes politraumatizados, Fue creada en 1974 por Bryan Jennett y Graham Teasdale, como una herramienta de valoración objetiva del estado de conciencia para las víctimas de traumatismo craneoencefálico, aunque actualmente su uso está más extendido en la práctica clínica. Su precisión y relativa sencillez extendieron posteriormente su aplicación a otras patologías traumáticas y no traumáticas .

La escala está compuesta por la valoración de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. La respuesta evidenciada para cada uno otorga un puntaje para el parámetro individual. El puntaje obtenido para cada uno de los tres se suma, con lo que se obtiene el puntaje total. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 (1 + 1 + 1), y el más alto de 15 (4 + 5 + 6) .

## Escala de valoración de alerta/sedación

Se creó para realizar estudios con benzodiazepinas y mide el nivel de alerta en pacientes sometidos a sedación. Se diferencia de la escala Ramsey en que mide 4 categorías relacionadas con la acción de los fármacos sedantes, puntuando por separado y también conjuntamente.

## Métodos Fisiológicos

En este apartado incluimos el electroencefalograma o los potenciales evocados, que miden la actividad eléctrica cerebral en correlación con la profundidad anestésica.

## Índice Biespectral (BIS)

Los cambios hemodinámicas, como la presión arterial, frecuencia cardíaca etc., son afectados por muchos factores por lo que no son fiables como medición del plano anestésico del paciente. Destacar la revolución que ha supuesto el método BIS para la monitorización del grado de consciencia que fue desarrollado por Aspect Medical Systems. El índice biespectral (BIS) es un sistema no invasivo de monitorización neurofisiológico del SNC, que junto con la valoración clínica, permite una evaluación directa de la función cerebral de fácil interpretación.

Los pacientes terminales necesitan frecuentemente fármacos analgésicos, sedantes e hipnóticos en dosis adecuadas; con el sistema de monitorización BIS es posible adecuar estas dosis al paciente, de una forma individualizada. El profesional de enfermería debe conocer el material a utilizar y el procedimiento de utilización, al igual que su mantenimiento. Procesa la información del EEG, calculando un número entre 0 y 100 y midiendo así el nivel de consciencia del paciente. Cuanto más cercano a 100 sea el valor más despierto se encontrará el paciente .

# SEDACIÓN PALIATIVA FRENTE A EUTANASIA

Los cuidados al final de la vida deben basarse, fundamentalmente en la disminución en todo lo posible del sufrimiento del paciente. Un aspecto de máximo importancia es que el individuo continúe manteniendo su capacidad para comprender su situación, evolución y consecuencias. Considera imprescindible el mantenimiento de sus facultades mentales y voluntad para poder manifestarla. También podría darse la situación de coma del paciente, y en caso de no encontrarse con un documento de voluntades previas, la decisiones corresponderían a terceros (familiares, personas próximas, profesionales médicos o la autoridad judicial).

El objetivo de los cuidados paliativos y en última instancia de la sedación es preservar una calidad de vida óptima dentro de las posibilidades médicas de cada paciente. Muchas veces, debido a una falta de comprensión de lo anterior, se llega a una situación de encarnizamiento terapéutico, causando con ello un gran sufrimiento de la familia y el paciente, y una actitud de rechazo por parte de la sociedad. Por esta razón son muchas las opiniones que recientemente se han alzado en contra o favor de la sedación terminal y la eutanasia .

Antes de continuar con el tema, dejaremos clara la diferencia entre ambas. Eutanasia, según la OMS queda definida como “la acción médica de provocar la muerte del paciente”. Una definición más completa podría ser la siguiente: “Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de este con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida” , .

Por tanto, sería necesario que el paciente padeciera una enfermedad incurable o terminal y se debe contar con el consentimiento expreso del paciente. Encontramos varios tipos de eutanasia, según se lleven o no a cabo acciones que provoquen la muerte del paciente. Diferenciaremos entre:

- Eutanasia pasiva que consiste en “la no implantación o la supresión de procedimientos técnico-médicos tendentes a prolongar artificialmente la vida de una persona que padece una enfermedad incurable y se encuentra en fase terminal o vegetativa”.
- Eutanasia indirecta: “ Administración de medicamentos o aplicación de técnicas a una persona que padece una enfermedad incurable y soporta una situación insufrible y dolorosa, con el fin principal de mitigar sus padecimientos y cuando ello entraña como efecto secundario e ineludible un acortamiento de su vida y aceleración de su muerte”

- Eutanasia activa: “Ejecución directa de la muerte de una persona, a petición de esta, cuando ella misma no puede, materialmente hablando, causársela por hallarse en un estado de postración o de inmovilidad absoluta”
- Eutanasia genuina: “ En aquellas situación extremas de vida, gravemente dañada por la enfermedad, en las que se administran al paciente sustancias o se le aplican técnicas médicas o psicológicas tendentes a paliar la presencia de dolores o angustia y sin que ello suponga anticipación alguna de la extinción vital del mismo.”

Por tanto, la diferencia queda claramente reflejada. La eutanasia es una práctica dirigida a provocar la muerte del paciente para liberar del sufrimiento, mientras que la sedación paliativa es una técnica cuyo fin es el alivio del sufrimiento mediante fármacos ajustados a la respuesta del paciente , .

# Revisión sobre la legislación española en materia de sedación paliativa

El debate actual circunscribe estas actuaciones a la práctica de los profesionales sanitarios, no de los cuidados que aplicamos en general. Es decir, el debate se centra sobre todo en si puede o no llegar a formar parte de las atribuciones profesionales de los sanitarios realizar o no este tipo de actuaciones, que buscan el alivio del sufrimiento mediante la producción de la muerte. Cuando, en este contexto, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios materiales y/o intelectuales para que sea él quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o suicidio asistido sin más. Cuando quien realiza esto no es un profesional, es mejor hablar de auxilio o ayuda al suicidio

Según la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica cualquier actuación que tenga lugar en el ámbito de la actuación sanitaria precisa del consentimiento informado por parte del paciente. Por tanto, a la hora de la toma de decisión sobre el inicio del proceso de sedación, el paciente debe ser informado de todas sus opciones, y debe estar en plenas capacidades para decidir libremente sobre ellas. El consentimiento de un enfermo competente suele ser suficiente cuando es expresado verbalmente, quedando constancia siempre del mismo en la historia clínica del paciente. En caso de que el paciente no pudiera manifestar su consentimiento (enfermo incompetente), y no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos, el consentimiento debe ser obtenido de sus familiares o representantes legales, basándonos en su conocimiento previo de los valores del paciente.

También pudiera darse la situación en la que el paciente se acoja al “privilegio terapéutico” que consiste en el deseo expreso del paciente de no ser informado o el convencimiento total o casi total de que la información supone un mayor perjuicio para el paciente. En este caso, recurriremos al consentimiento por parte de familia o representante legal , . Con anterioridad a esta Ley varias Comunidades Autónomas han regulado materias de la misma, promulgando diversas normas. Ha de tenerse en cuenta que, dado el carácter de legislación básica que tiene la LAP, las disposiciones autonómicas que pudieran contradecir sus preceptos habrán de entenderse sin efecto desde la entrada en vigor de aquélla. Por otro lado, constituye una obligación de las Comunidades Autónomas el desarrollo y ejecución de gran parte de sus preceptos .

La reciente reforma jurídica de varios estatutos de autonomía ha incluido como derecho específicamente reconocido el «derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte». En España, en este momento, existe acuerdo unánime de que el primer y principal contenido de este derecho consiste en poner a disposición de los pacientes en situación terminal una red adecuada de cuidados paliativos. Ésta es la prioridad política, tal y como reiteradamente han señalado tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como todas las comunidades autónomas. Otra prioridad manifestada es el impulso de las Voluntades Anticipadas, para reforzar ética y jurídicamente las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en caso de incapacidad del paciente.

. La aprobación del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de Instrucciones Previas, que pondrá en comunicación todos los registros autonómicos, es sin duda expresión de esta apuesta por la implantación de las Voluntades Anticipadas ,  
El mismo acuerdo parece haberse logrado respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa. Ninguna de estas actuaciones es etiquetable como eutanasia, ni incurren en el delito tipificado por el artículo 143 del Código Penal. Otra cosa son los problemas morales particulares de objeción de conciencia que puedan presentar algunos profesionales a este respecto, y que deberán resolverse en cada momento garantizando, en cualquier caso, que se respetan al mismo tiempo los derechos de los pacientes afectados

En la actualidad, no existe en España ninguna legislación vigente que trate el tema específico de los cuidados paliativos, así como de la sedación en la fase terminal de la vida . De hecho, no sería de extrañar que en los próximos años el debate en torno a esta cuestión alcance una dimensión más europea, dado que otros países de nuestro entorno, como Francia, Italia o Reino Unido, también están sumidos en el mismo debate por casos que se dan cada día .

# Ética enfermera y sedación paliativa al final de la vida

En torno al paciente terminal se centra buena parte de los problemas éticos más importantes con los que debe enfrentarse la enfermera. En el plano de la salud estamos formados, como profesionales, en establecer la tríada fundamental de acercamiento a una persona doliente: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Para cumplir con estos propósitos hay numerosa bibliografía a nuestra disposición, maestros en la formación profesional, protocolos de actuación, pruebas diagnósticas, experiencia profesional e interconsulta posible. Cuando el diagnóstico de una patología es grave con destino final incierto, cuando los tratamientos son limitados o no existen, la enfermera que administra la sedación a estos pacientes terminales, debe asumir que muchas veces es imposible obtener respuestas y estas siempre deben ser individualizadas para cada paciente y para cada situación.

La bioética es una disciplina que, en ocasiones se caracteriza por generar más dudas o preguntas que soluciones o respuestas ante cualquier cuestión o dilema que se plantee. Siendo la sedación paliativa es un claro ejemplo de ello. La sedación ante el sufrimiento intenso que no responde al tratamiento convencional en el paciente en situación de enfermedad Terminal es una medida habitual en la práctica de los cuidados paliativos que plantea importantes conflictos bioéticos .

## Principio de Autonomía

Respecto al consentimiento, no debe entenderse por tal el consentimiento informado por escrito. En el contexto de Cuidados Paliativos, no sólo es difícil de obtener, sino poco sensible, inoportuno e incluso nocivo. El consentimiento verbal debe considerarse suficiente, pero se considera imprescindible que quede registrado en la historia clínica. En un estudio, cerca del 50% de los pacientes fueron capaces de participar en el proceso de toma de decisiones, a pesar que la media de supervivencia de la muestra fue de 2,5 días .

La realidad nos impone que de forma realista no es posible esperar la participación de todos los pacientes, pero ello no significa que ningún paciente pueda dar su consentimiento.

Cuando es imposible obtener el consentimiento del paciente, el consentimiento de la familia debería ser obtenido y éste debería basarse en el conocimiento de los valores del paciente. El consentimiento se considera válido si tras recibir información honesta respecto al contexto clínico actual el paciente, éste es capaz de entender su relevancia y consecuencias (disminución del nivel conciencia). El equipo debe respetar el rechazo del paciente, aceptándose el consentimiento delegado o tácito. Si el paciente es incompetente la familia debería tomar la decisión en su lugar (juicio sustitutivo).

## Principio de No maleficencia

La sedación paliativa no es eutanasia, pues ella no pretende la muerte biológica del paciente, sino la Un escrupuloso respeto de las indicaciones y protocolos de sedación y de la autonomía podrá justificar esta práctica como lo que realmente debe ser, un “mal menor”, asumido desde una ética de la responsabilidad, cuando el resto de las posibilidades de intervención no han dado resultado .

## Principio de Beneficencia

En este apartado tenemos que profundizar en nuestras creencias y valores, para poder corresponder adecuadamente a las demandas de los pacientes. Como principio básico podemos estar de acuerdo en la tolerancia cero al sufrimiento, al sufrimiento que el paciente no está dispuesto a asumir y a tolerar. Es importante aunque los sistemas sanitarios no lo permitan el dialogo continuo y profundo entre el profesional, paciente y familia. Evaluar su cultura sus valores tomar la decisión adecuada en el momento adecuado . Hechos y valores no son antagónicos sino complementarios, siguiendo el razonamiento anterior, la prescripción de la Sedación Paliativa tiene unas consideraciones clínicas para su uso adecuado: a) la existencia de un síntoma refractario, b) el objetivo de reducir el estrés o sufrimiento,

c) la reducción del nivel de conciencia proporcionado a la necesidad de alivio del distrés o sufrimiento, d) el consentimiento; y cuando sea el caso de la Sedación en la Agonía, que e) la expectativa de vida sea de pocos días u horas. Todos los puntos anteriores deben tenerse en cuenta y registrarse con detalle en la historia del paciente.

### Principio de Justicia

Los cuidados paliativos deben ser considerados como un servicio sanitario básico y necesario, nunca accesorio, al que se tenga derecho en una sanidad pública y universal como la nuestra. El principio de justicia no se aplica en su totalidad debido a que, en nuestro ámbito, los programas de Cuidados Paliativos, que hoy por hoy constituyen la mejor y más eficaz forma de atención a estos enfermos, sólo prestan su cobertura en determinadas áreas sanitarias y a un pequeño porcentaje de la población que podría beneficiarse de ellos.

# CONCLUSIONES

“Esperar, nada más que esperar, es sin duda alguna de las situaciones más difíciles del ser humano. Esperar, y aún más, esperar solamente que llegue la agonía que dará paso a la muerte me parece terrible, inhumano, una gran equivocación fruto de la ignorancia y de una cultura que tiene siempre prisa por llegar al resultado, aunque sea terminar. Pero no se trata de esperar la muerte, si no de vivir la vida intensamente, hasta sus últimas etapas”. Clara Gomis.

Como nos hemos cansado de repetir durante el desarrollo del trabajo, la técnica de sedación paliativa tiene como fin aliviar el sufrimiento de los pacientes con enfermedad terminal y que se encuentran en una situación irreversible.

El paso de la vida a la muerte es un proceso traumático, tanto para la familia como para el propio paciente. Con la técnica de la sedación lo que pretendemos es aliviar en la posible el dolor y el estrés de esta situación, cuando ya no queda más alternativa.

Debe ser una decisión meditada y estudiada con el paciente, explicándole los pros y contras para que él, dentro de sus capacidades pueda elegir libremente, como marca el marco legislativo.

Debe quedar claro que un paciente sedado seguirá recibiendo los mismos cuidados que un paciente que se encuentra en cualquier otra situación.

La profesión de enfermería es aquella que está presente, acompañando, desde el inicio de la vida hasta los últimos días, y es en estos en los que los cuidados y la sensibilidad que se ha de demostrar dejen en claro los grandes profesionales que somos, tanto técnica como humanamente.

# BIBLIOGRAFÍA

- Benítez, M. A., Castañeda, P., Gimeno, V., et al. (2001). Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Atención Primaria*, 27(2), 123-126
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra. Technical Report Series. 804. 1990
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: OMS; 1998. (Website) Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>  
Último acceso en febrero de 2013.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2006

- Nabal M?, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (I): el valor de la impresión clínica. Med Pal 2002; 9(1): 10-12.
- Cherny NI, Portenoy RK. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin. 1994 Sep-Oct;44(5):263-303.
- Cherny N: Palliative sedation. En : Bruera E, Higginson I, Ripamonti C & von Gunten C: Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006. pp. 976 - 987.
- Trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. Med Pal (Madrid) 2002;9:32-6. 7, Porta J. Sedación paliativa
- Ministerio de Sanidad y Consumo, SECPAL y Fundación Avedis Donabedian. Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos. Madrid, 2002.

- Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310–333
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Glosario de términos de alcohol y drogas
- Ostermann ME, Keenan SP, Seiferling RA, Sibbald WJ. Sedation in the Intensive Care Unit. A systematic review. *JAMA* 2000;283:1451-9.
- Sáiz Ruiz, J; Montes Rodríguez, JM. Fármacos sedantes/hipnóticos. *Medicine*. 2003;08:5711-4. - vol.08 núm 106
- Brailowsky S. Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología. Fondo de cultura económica de España, s.l., 2008. ISBN 9789681666613

- Cherny N & Radbruch L: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009, 23(7): 581–593.
- by Non-Anesthesiologists, A. (2002). Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*, 96(4), 1004-17.
- Ortiz, J. S. (2004). La sedación en el final de la vida. *Med Clin (Barc)*, 123(11), 423-5.
- Tallgren, M., Pettilä, V., & Hynninen, M. (2006). Quality assessment of sedation in intensive care. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 50(8), 942-946.
- Cruspinera A, Gimeno G, Alcolea M, Bartolomé N, Arana M. ¿Son todas las escalas de sedación igual de útiles para la valoración de enfermería?. *Enfermería intensiva*. 1999;10
- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974 Jul 13;2(7872):81-4

- Castelo Corral LM Escala de coma de Glasgow.Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña J.L. RODRIGUEZ GARCÍA. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GREEN BOOK. MARBAN LIBROS SL.2009
- Punjasawadwong Y, Boonjeungmonkol N, Phongchiewboon A. Índice biespectral para mejorar la administración de anestesia y la recuperación postoperatoria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Morita T.,Tsuneto S., Shima Y. Definition of sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria. J Pain Symptom Manage 2002;24: 447-453

- Organización Panamericana de Salud. Bioética: Temas y perspectivas. Publicación científica N° 527-OPS. 1990: 3-49.
- Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 37-40.
- Universidad de Navarra/Departamento de Bioética. Declaración de la Comisión Central de Odontología de la OMS sobre la eutanasia. 1986.
- Campos Calderon, J.; Sanchez Escobar, C, Jaramillo Lezcano, O. Consideraciones acerca de la eutanasia. Med. leg. Costa Rica [online]. 2001, vol.18, n.1, pp. 29-64. ISSN 1409-0015.
- . Simón-Lorda Pablo, Barrio-Cantalejo Inés María. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2013 Mayo 15] ; 32(9): 444-451. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000900005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000900005&lng=es).

- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. BOE de 15/11/2002.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. BOE de 10/11/2005)
- Sánchez-Caro J. La ley de autonomía del paciente y su repercusión en la Comunidades Autónomas. Rev Adm Sanit 2003;1(2):189-202
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE núm. 40 de 15 de febrero de 2007, páginas 6591 a 6593

- Domínguez Luélmo, Andrés, La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas en 'Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia', Gómez Tomillo, M (ed.), Fundación Lilly, 2008, ISBN 978-84-7209-461-1
- . Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. núm. 281 de 24 de noviembre de 1995, página 30005
- Barrios Flores LF. La sedación terminal. Derecho Sanitario. 2005;13:157-85.
- Council of Europe. Steering Committee on Bioethics. Replies for the questionnaire for member states relating to euthanasia. Strasbourg, 20 January 2003 [citado 5 Mar 2013]. Disponible en:  
[http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_cooperation/bioethics/activities/euthanasia/INF\(2003\)8e\\_replies\\_euthanasia.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/activities/euthanasia/INF(2003)8e_replies_euthanasia.pdf)

- Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos éticos. An Med Interna. 2003;20:645-9.
- Porta Sales J, Català-Ylla Boré E, Estíbalez Gil A, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid) 1999;6:153-8.
- Barbero, J. La ética del cuidado. En: Gafo J y Amor JR (ed).Deficiencia mental y final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas 1999; 125-159.
- Randall F, Downie RS. Palliative Care Ethics: A Good Companion 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Levy MH, Cohen SD. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. Semin Oncol 2005; 32: 237–246.
- Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 41-46.



# **TEMA 21. PREVENCIÓN DEL VIH**

**JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA  
ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ  
SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS**

# ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA**
- 3. PROPAGACIÓN DEL VIH**
- 4. COMO PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH EN LAS  
RELACIONES SEXUALES**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. INTRODUCCIÓN

El VIH se propaga a través de ciertos fluidos corporales como son la sangre, el semen, el líquido preseminal, secreciones vaginales, secreciones rectales y la leche materna.

El sexo es la principal vía de propagación del VIH, la mitad de nuevos casos de infección se dan en edades comprendidas entre los 15 y 24 años. España es uno de los países de Europa con más infectados por VIH.

Hoy en día existen muchas herramientas para prevenir el VIH.

## **2. DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA**

A menudo VIH y SIDA se utilizan como sinónimos, pero no es lo mismo tener VIH que tener SIDA. Estar infectado de VIH quiere decir que has estado expuesto al virus pero todavía no se ha desarrollado la enfermedad, que es el SIDA. Desde que una persona es infectada por VIH y desarrolla la enfermedad pueden pasar 10 años.

El SIDA es la última etapa de la infección.

### 3. PROPAGACIÓN DEL VIH

El VIH se propaga a través de la transmisión sexual, parenteral o a través de la madre al feto.

- **TRANSMISIÓN SEXUAL:** es la principal vía de transmisión del VIH. Aquellas prácticas sexuales que favorecen las lesiones aumentan el riesgo de infección.

En las relaciones sexuales anales es donde se corre mayor riesgo ya que la mucosa anal es mucho más frágil que la mucosa vaginal.

Cuanto mayor es el número de parejas sexuales mayor es la probabilidad de infectarse por el VIH.

### 3. PROPAGACIÓN DEL VIH

- **TRANSMISIÓN PARENTERAL:** la infección del VIH a través de la vía parenteral puede ocurrir de muchas formas. Al compartir jeringas o agujas entre dos o más personas en la preparación de drogas. Mediante transfusiones de sangre, aunque esta forma de propagación es casi inexistente debido a los numerosos controles de calidad que se le realiza a la sangre para transfundir. El personal sanitario también puede tener un accidente y pincharse con una aguja contaminada por el VIH, y otra forma de

### 3. PROPAGACIÓN DEL VIH

transmisión es a la hora de realizarse un tatuaje, piercing o acupuntura, si los utensilios no están estériles se corre el riesgo de infectarse por VIH.

- **TRANSMISIÓN VERTICAL:** es la transmisión de la madre hacia el hijo. Una quinta parte de los hijos de madres portadoras del VIH presentan el riesgo de infección.

En el momento que hay más riesgo es durante el parto, ya que el bebé entra en contacto directo con la sangre y los fluidos vaginales de la madre. También mediante la lactancia materna se puede transmitir.

## **4. COMO PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH EN LAS RELACIONES SEXUALES**

- **PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL:** No existe ningún signo que nos indique que una persona es portadora del VIH, por lo que cualquier relación sexual con personas no conocidas se debe de valorar las consecuencias. Hay que tener claro que en una sola relación sexual se puede contraer el VIH. No solo las relaciones sexuales homosexuales tienen riesgo de infectarse por VIH, en las relaciones heterosexuales existe el mismo riesgo.

## **4. COMO PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH EN LAS RELACIONES SEXUALES**

Si existe la presencia de otras ETS hay mayor riesgo de transmisión del virus.

Cuando existen lesiones en la boca y esta entra en contacto con fluidos como esperma o secreciones vaginales supone un riesgo de transmisión del VIH.

El uso del preservativo es la medida más eficaz para prevenir la infección por VIH. Hay que utilizarlo siempre o hacer que lo utilicen, y en caso de no disponer de un

## **4. COMO PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH EN LAS RELACIONES SEXUALES**

preservativo hay que evitar las relaciones sexuales con penetración, ya sea anal o vaginal, así como el sexo oral. Se pueden escoger actividades que no suponen ningún riesgo como pueden ser las caricias o la masturbación.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

- Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 309-320.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil Llarío, M. D., & Ballester Arnal, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*, 25(1), 39-50.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

- Espada Sánchez, J. P., Quiles Sebastián, M. J., & Méndez Carrillo, F. X. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 24(85).
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil Llario, M. D., & Ballester Arnal, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*, 25(1), 39-50.



# **TEMA 22. PROBLEMA DE SALUD Y AMBIENTE vs SALUD AMBIENTAL**

**PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ**

**ROSARIO TORAL SIMÓN**

**JESÚS CARPENA VELANDRINO**

**JESÚS GUIRAO MANZANO**

# INDICE

1. DEFINICIÓN DE SALUD AMBIENTAL.
2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD.
3. DEFINICIÓN DE AMBIENTE.
4. PROBLEMAS DE SALUD Y AMBIENTE.
5. FACTORES AMBIENTALES.
6. FACTORES FISICO-QUÍMICOS.
7. FACTORES BIOLÓGICOS.
8. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MEDIOAMBIENTE PSICOSOCIAL.
9. PELIGRO AMBIENTAL.
10. PELIGROS TRADICIONALES.
11. PELIGROS MODERNOS.
12. METODOLOGIA Y ESTRATEGIA DE ABORDAJE.
13. BIBLIOGRAFÍA.

# 1. DEFINICIÓN DE SALUD AMBIENTAL

-La salud ambiental refiere a un concepto general que incorpora aquellos planeamientos o actividades que tienen que ver con los problemas de salud asociados con el ambiente, teniendo en cuenta que el ambiente humano abarca un contexto complejo de factores y elementos de variada naturaleza que actúan favorable o desfavorablemente sobre el individuo. (Corey, 1988)

-Son todos aquellos aspectos de la salud humana, incluyendo la calidad de vida, que están determinadas por factores físicos, químicos, biológicos, sociales y psicológicos en el ambiente. También se refiere a la teoría y práctica de valorar, corregir, controlar y evitar aquellos factores en el medio ambiente que potencialmente pueden perjudicar la salud de generaciones actuales y futuras.´´ (OMS, 1993).

## 2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD

-La salud condiciona niveles de bienestar. Es una condición necesaria para que cada individuo pueda desarrollarse en plenitud desde el punto de vista físico, psíquico y social.

-Depende del desarrollo histórico de la sociedad.

-Es un derecho y un inestimable bien social.

### **-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD**

Factores personales: Constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento.

Factores externos relacionados con: Alimentación, drogas, estrés, tabaquismo, sedentarismo, conducción de vehículos en forma peligrosa, etc.

### 3. DEFINICIÓN DE AMBIENTE.

-El ambiente es el resultado de las relaciones recíprocas entre sociedad y naturaleza en un espacio y tiempo concreto, se genera y construye a lo largo del proceso histórico de ocupación y transformación del espacio por parte de una sociedad. Por lo tanto, surge como la síntesis histórica de las relaciones de intercambio entre sociedad y naturaleza.

*(Cayssials R, Chabalgoity M, Queijo M C, 1984)*

-El ambiente como determinante, puede actuar de modo favorable o desfavorable a la salud, constituyéndose en un entorno peligroso o en un entorno saludable (Buck, 1986).

## 4. PROBLEMAS DE SALUD Y AMBIENTE

El término Salud Ambiental tiende a ser sustituido por el de Problemas de Salud y Ambiente porque el concepto de Salud Ambiental parece encasillado en problemas referidos al saneamiento.

El concepto actual es mucho más amplio, y está acorde con todos aquellos aspectos en que la salud humana se vincula al estado de ambiente, entendido éste de manera mucho más amplia.

# 5. FACTORES AMBIENTALES

- **Ambiente Físico- Químico.** Componentes:
  - . Aire
  - . Agua
  - . Suelo
  - . Clima
  - . Nivel de Ruido
  - . Nivel de Radiación
  
- **Ambiente Biológico**
- **Ambiente Psicosocial**

## 6. FACTORES FÍSICO-QUÍMICOS

### AIRE

- Contaminación atmosférica.
- Contaminación de locales cerrados (vivienda, trabajo, oficinas, etc.).
- Reducción de la Capa de Ozono ( CFC)
- Efecto invernadero ( CO<sub>2</sub>, Metano, NO)

### AGUA

- Contaminación de origen químico (Metales pesados, plaguicidas, hidrocarburos aromáticos policíclicos, COP)
- Contaminación biológica: las enfermedades por contaminación del agua están entre los 5 primeros puestos de muerte en países en desarrollo.
- Grave problema de escasez de agua potable

# FACTORES FÍSICO-QUÍMICOS

## **SUELO**

- Contaminación de origen Físico: Erosión por deforestación, agricultura intensiva, minería.
- Contaminación de origen Químico: Contaminantes no degradables: metales, plaguicidas, Residuos Sólidos de origen Industrial, domiciliario, RSH.

## **CLIMA**

- Cambio climático, desastres naturales, sequías recurrentes, inundaciones: afectan la ecología y biología de los vectores con aumento de riesgo de enfermedades vectoriales (Dengue, Fiebre Amarilla).

## **RUIDO**

## **RADIACIONES**

## 7. FACTORES BIOLÓGICOS

Biológicos: Patógenos (bacterias, virus, hongos, flora, parásitos, fauna).

La evacuación de excretas es una parte muy importante del saneamiento ambiental, y así lo señala el Comité de Expertos en Saneamiento del Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En muchas regiones del mundo, la evacuación higiénica de excretas constituye uno de los más apremiantes problemas sanitarios.

## **8. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MEDIOAMBIENTE PSICOSOCIAL.**

- Trabajo
- Vivienda
- Transporte
- Familia
- Comunidad
- Estrés
- Crecimiento Urbano

## 9. PELIGRO AMBIENTAL

-El concepto de Peligro Ambiental se refiere a la potencialidad de una condición del ambiente para causar daño a la salud.

-Riesgo, expresa la probabilidad de ocurrencia del daño a la salud de las personas.

-Exposición: se refiere a la interacción entre los seres vivos y los peligros inherentes al ambiente. La exposición no es consecuencia automática de la existencia de un peligro, sino que ocurre en determinadas circunstancias: las personas deben estar en el lugar y el momento en que éste se presenta.

-Evaluar: Magnitud, duración, fuentes (múltiples), tipo de contaminante.

# 10. PELIGROS TRADICIONALES

Falta de acceso al agua potable

Saneamiento básico insuficiente en el hogar y la comunidad.

Contaminación de alimentos por microorganismos patógenos.

Contaminación del aire interior por el uso de carbón o combustibles de biomasa para cocina y calefacción.

Sistemas insuficientes de eliminación de residuos sólidos.

Riesgos de Accidentes Laborales en la agricultura e industrias domésticas.

Catástrofes naturales: inundaciones, terremotos, sequías, etc.

Vectores de enfermedad, especialmente insectos y roedores.

# 11. PELIGROS MODERNOS

Contaminación del agua por los núcleos de población, la industria y la agricultura intensiva.

Contaminación del aire urbano por emisiones de vehículos, centrales energéticas y la industria.

Acumulación de residuos peligrosos.

Riesgos químicos y físicos por la introducción de tecnologías industriales y agrícolas.

## 12. METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

HAY QUE IMPLEMENTAR METODOLOGÍAS DE ABORDAJE DE PROBLEMAS DE SALUD Y AMBIENTE.

- Análisis en tres dimensiones: Bio-físico, Socio-cultural y Económico.
- Busca un balance entre la salud humana, la ecología y el bienestar socio-ambiental.
- Enfoque interdisciplinario e intersectorial que es una herramienta muy adecuada para estudiar la degradación de los ecosistemas.
- Permite buscar soluciones que garanticen, al mismo tiempo, la salud de las comunidades y la salud de los ecosistemas.
- Establecer la coordinación, supervisión y evaluación del impacto de las estrategias de vigilancia y control.
- Que el ser humano se encuentre en el centro de nuestras preocupaciones sobre el desarrollo y que esto se logre asegurar la sustentabilidad de los ecosistemas que habitamos.

# METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

-Efectos: corresponden a las consecuencias de la exposición, las cuales pueden variar en el tipo, intensidad, magnitud, nivel de exposición, sistemas afectados y número de personas involucradas. Depende de una compleja red causal.

-Acciones: intervenciones que se hacen sobre todos, algunos o varios de los diferentes eslabones de la cadena ambiente-salud. A corto plazo, son acciones correctoras. A largo plazo, se pueden enfocar acciones dirigidas a la prevención. Éstas serán las más efectivas y tendrán como objetivo controlar las fuerzas motrices.

-Estrategia de lucha: prevención y educación, al estar éstas enfermedades asociadas a factores de riesgo prevenibles relacionados con el estilo de vida.

# METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

Para que las acciones de este programa sean eficaces, es imprescindible que se consulten las necesidades de la población. Además es preciso que en su planificación, ejecución y evaluación se cuente con la participación activa y responsable de los funcionarios del sector salud y de la población.

Tenemos que estar preparados para afrontar las posibles consecuencias del cambio climático y establecer una estrategia adecuada para afrontar el impacto de la variación del clima en las personas, sobre todo en las ciudades y poblaciones costeras que serán las más amenazadas.

# METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

-Se debe hacer accesible y asequible a todos los grupos sociales alimentos sanos, aires y aguas limpias, áreas libre del humo del tabaco, entornos saludables, instalaciones para la práctica deportiva, viviendas y lugares de trabajo sin riesgo para la salud.

-El cambio climático supone la oportunidad de implantar políticas sanitarias públicas que influyan en la consolidación de modelos sostenibles y hábitos de vida saludables.

-Aspectos como la planificación energética, la planificación urbanística y los cambios en los transportes (transporte ecológico: movilidad verde) serán algunas de las claves a tener en cuenta para adelantarnos a los acontecimientos y minimizar en la medida de lo posible sus consecuencias.

# 13. BIBLIOGRAFÍA.

- Alimonda, H. (2002), Ecología política. Naturaleza, sociedad y utopía. Buenos Aires: CLACSO.
- Aliste, E. y Urquiza, A. (comps.) (2010), Medio ambiente y sociedad: conceptos, metodologías y experiencias desde las ciencias sociales y humanas. Santiago de Chile: RIL editores.
- Altieri, M. A. (1999), Agroecología. Bases científicas para una agricultura sustentable. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad.
- Adams, Simon; David Lambert (2016) [2006]. Earth Science: An illustrated guide to science. New York NY 10001: Chelsea House. p. 20.
- Bartra, A. (2008), El hombre de hierro. Los límites sociales y naturales del capital. México: Itaca/UACM/UAM.
- Álvares Cantalapiedra, S. (coord.) (2011), Convivir Barcelona: Icaria/Antrazyt.
- OMS. Salud Ambiental .Disponible en:  
[www.who.int/topics/environmental\\_health/es](http://www.who.int/topics/environmental_health/es)



# **TEMA 23. TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA**

**M<sup>a</sup> CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

# ÍNDICE

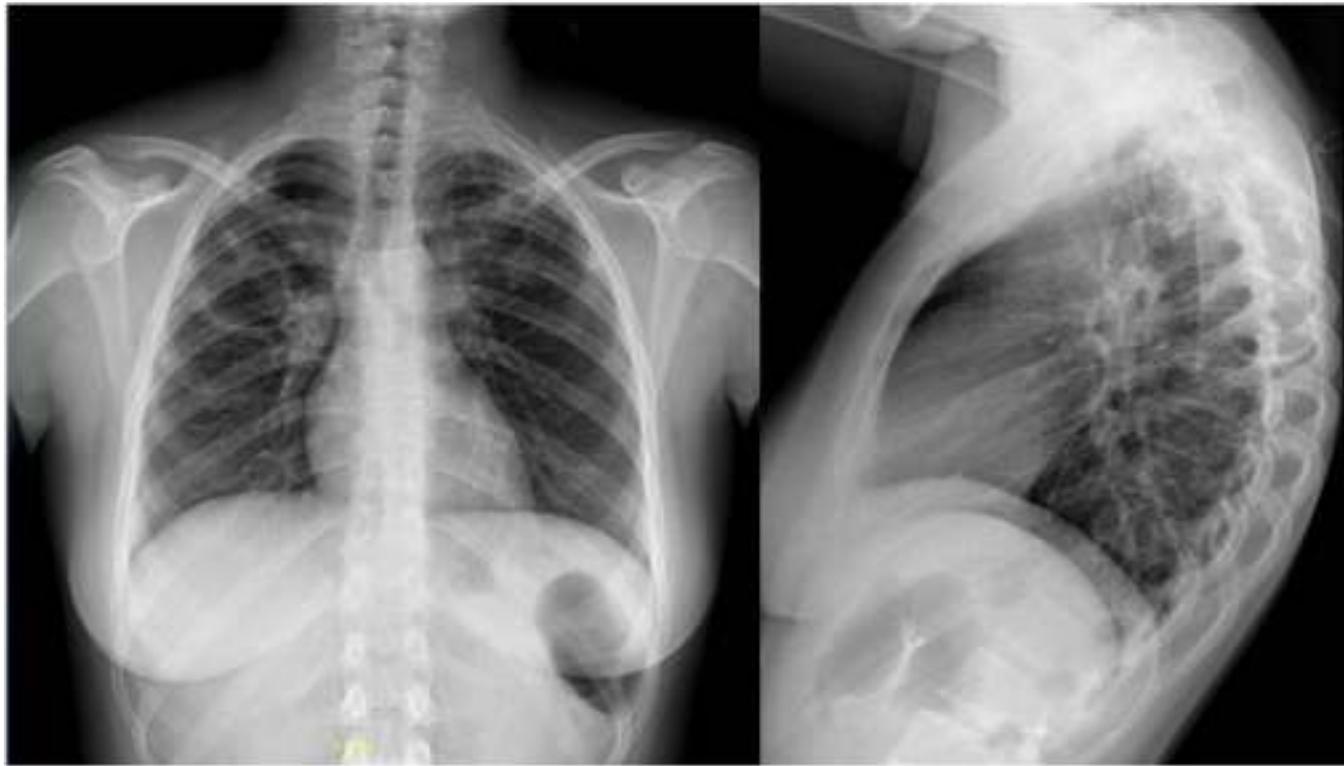
- I. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO
- II. DISCUSIÓN DEL CASO:
  - A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
  - B. INTRODUCCIÓN
  - C. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
  - D. DIAGNÓSTICO
  - E. TRATAMIENTO
- III. BIBLIOGRAFÍA

# I. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, natural de Marruecos, sin antecedentes personales de interés que consulta por un cuadro clínico de un mes de evolución consistente en fiebre, tos no productiva, astenia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada.

La paciente se encuentra estable hemodinámicamente. En la exploración física destaca la presencia de adenopatías laterocervicales, no adheridas, dolorosas con la palpación. El resto de la exploración física es anodina.

Se solicita analítica de sangre, en la que se objetiva leve elevación de reactantes de fase aguda, y la radiografía simple de tórax postero-anterior y lateral, que se muestra a continuación.



En la radiografía simple de tórax postero-anterior y lateral se aprecian dos imágenes cavitadas, una en lóbulo superior izquierdo y otra en el segmento apical del lóbulo inferior derecho.

Ante los hallazgos se decide solicitar cultivo Ziehl-Neelsen de esputo así como una tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste.

A continuación, se muestran las imágenes de la TC de tórax:



Se observa un infiltrado pulmonar apical bilateral con diseminación broncógena y dos cavidades con paredes gruesas abiertas al árbol bronquial, una de ellas en lóbulo superior izquierdo de 2'5 cm de diámetro y otra situada en el segmento apical del lóbulo inferior izquierdo con un tamaño de 3'8 cm. También se aprecian adenopatías mediastínicas prevasculares, pretraqueales e hiliares derechas de hasta 2'4 cm de tamaño.

Finalmente se obtiene el resultado del cultivo Zielh-Neelsen de esputo en el que se aísla *Mycobacterium tuberculosis*, sin objetivarse resistencias en el antibiograma.

Por ello, se inició antibioterapia con cuatro fármacos de primera línea (rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol) manteniéndose los dos primeros durante seis meses y los dos últimos únicamente los dos primeros meses, debiendo monitorizar durante el tratamiento la función hepática por posible hepatotoxicidad.

## **II. DISCUSIÓN DEL CASO**

### **A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Ante una paciente con el cuadro clínico descrito (tos de 2-3 semanas de duración, adenopatías, fiebre, pérdida de peso) y el hallazgo radiológico de imágenes pulmonares cavitadas con pared gruesa debemos plantear diagnóstico diferencial entre etiología infecciosa, neoplásica o granulomatosa.

En nuestro caso, tanto la clínica como los hallazgos radiológicos eran muy sugestivos de infección por *Mycobacterium tuberculosis*, confirmándose con el cultivo Ziehl-Neelsen de esputo.

## **II. DISCUSIÓN DEL CASO**

### **B. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad cada año son diagnosticados aproximadamente 10 millones de nuevos casos de tuberculosis en el mundo, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

La transmisión de la tuberculosis de persona a persona se produce por la inhalación de gotas de 1 a 5 micras de diámetro suspendidas en el aire y producidas principalmente con la tos de las personas con infección activa (aquellas con afectación pulmonar y capaces de aerosolizar bacilos).

Es importante distinguir entre infección latente por tuberculosis y la enfermedad tuberculosa activa. La primera de ellas se refiere a aquella persona que ha tenido contacto con la infección y que su sistema inmunológico ha reaccionado frente al bacilo destruyéndolo en la mayoría de ocasiones, pero en otras permanece latente pudiendo reactivarse en caso de no recibir tratamiento. Las personas que se encuentran en este estado están asintomáticas y no son contagiosas. En el 5-10% de ellos se produce una reactivación de la infección, dando lugar a la enfermedad tuberculosa activa, siendo consideradas contagiosas y pudiendo transmitir la infección.

## **II. DISCUSIÓN DEL CASO**

### **C. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad tuberculosa son las siguientes:

-Fiebre: habitualmente de bajo grado y con aumento progresivo a lo largo del día, presentando un pico máximo a última hora de la tarde o primera hora de la noche.

-Sudoración nocturna

-Disnea: aparece cuando hay enfermedad pulmonar avanzada, ya sea por afectación parenquimatosa, derrame pleural o por la presencia de un neumotórax.

-Tos: al principio puede no estar presente o ser seca, pero conforme progresa la enfermedad se vuelve más frecuente y con producción de esputo, siendo este amarillo-verdoso, y acompañándose en ocasiones de hilos de sangre.

-Dolor torácico pleurítico

-Anorexia y pérdida de peso.

## **II. DISCUSIÓN DEL CASO**

### **D. DIAGNÓSTICO**

En el enfoque inicial de un paciente con sospecha de tuberculosis es imprescindible la realización de una radiografía simple de tórax. En ella clásicamente se objetivan infiltrados que con mayor frecuencia se encuentran en los lóbulos superiores y que pueden estar o no cavitados. También podrá mostrar signos de cicatrización. Esta exploración no nos va a permitir diferenciar entre infección latente y enfermedad activa.

La tomografía computarizada es más sensible para el hallazgo de signos sugestivos de tuberculosis pero no es imprescindible realizarla en todos los pacientes, y

se reservará para aquellos en los que se quiera descartar otro diagnóstico o cuando haya sospecha de complicación.

La técnica más sensible para el diagnóstico es el cultivo convencional de muestras biológicas. El cultivo más empleado es el de Lowenstein-Jensen. Es imprescindible la realización de un antibiograma para conocer la susceptibilidad del microorganismo a los distintos fármacos empleados habitualmente en su tratamiento.

## **II. DISCUSIÓN DEL CASO**

### **E. TRATAMIENTO**

El tratamiento de primera línea consiste en la combinación de cuatro fármacos antituberculosos, por lo general estos son rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol) manteniéndose los dos primeros durante seis meses y los dos últimos únicamente los dos primeros meses. En caso de resistencia a alguno de ellos o de efectos secundarios, hay que valorar su suspensión y reintroducir otros antibióticos de segunda, tercera o cuarta línea.

Tras el diagnóstico, para evitar la propagación de la enfermedad, es imprescindible el aislamiento respiratorio del paciente durante al menos 3 semanas tras el inicio del tratamiento, y se deberá hacer un estudio de contactos para descartar la infección de más individuos que hayan podido tener contacto con el enfermo.

### III. BIBLIOGRAFÍA

- Camenero JA, Caylá JA, García García JM, García Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz Manzano J. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos. 1ª ed. Barcelona. Editorial Respira; 2017.
- Drew RH, Sterling TR. Antituberculous drugs: An overview. Uptodate. <http://www.uptodate.com> (Acceso 24/02/2018).
- Pozniak A. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis. Uptodate. <http://www.uptodate.com> (Acceso 24/02/2018).
- Bernardo J. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults. Uptodate. <http://www.uptodate.com> (Acceso 24/02/2018).
- Zachary KC. Tuberculosis transmission and control. <http://www.uptodate.com> (Acceso 24/02/2018).



# **TEMA 24. TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA**

**LAURA ARONSON HELLIN**

# INDICE

- DEFINICIÓN
- FORMA EN LA QUE SE REALIZA EL EXAMEN
- PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN
- LO QUE SE SIENTE DURANTE EL EXAMEN
- RAZONES POR LA QUE SE REALIZA EL EXAMEN
- RIESGOS

# 1.DEFINICIÓN

- Es un método de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos X para crear imágenes transversales del cuerpo.
- Algunos exámenes relacionados incluyen:
  - Tomografía computarizada del abdomen y la pelvis
  - Tomografía computarizada del cráneo o la cabeza
  - Tomografía computarizada de la columna lumbosacra, cervical y torácica
  - Tomografía computarizada de la órbita
  - Tomografía computarizada del tórax

## 2.FORMA EN LA QUE SE REALIZA EL EXAMEN

- A usted se le solicitará que se acueste en una mesa estrecha que se desliza hacia el centro del tomógrafo.
- Una vez que usted está dentro del escáner, el haz de rayos X de la máquina rota a su alrededor. Los escáneres modernos en espiral pueden realizar el examen sin detenerse.
- Una computadora crea imágenes separadas de la zona del cuerpo, llamadas cortes. Estas imágenes se pueden almacenar, observar en un monitor o imprimirse en una película. Se pueden crear modelos tridimensionales de la zona del cuerpo juntando los cortes.

- Usted debe permanecer quieto durante el examen, ya que el movimiento ocasiona imágenes borrosas. Le pueden solicitar que contenga la respiración por períodos de tiempo breves.
- En la mayoría de los casos, los exámenes completos llevan solo unos cuantos minutos. Los escáneres más nuevos pueden tomar imágenes de todo el cuerpo en menos de 30 segundos.

# 3. PREPARACION PARA EL EXAMEN

- Ciertos exámenes requieren que se introduzca en el cuerpo un colorante especial, llamado medio de contraste, antes de que el examen comience. El medio de contraste ayuda a que ciertas zonas se vean mejor en las radiografías.
- Coméntele al proveedor de atención médica si usted alguna vez ha tenido una reacción al medio de contraste. Es posible que necesite tomar medicamentos antes del examen con el fin de evitar otra reacción.

- El medio de contraste se puede administrar de varias maneras, según el tipo de TC que se lleve a cabo.
- Se puede administrar a través de una vena (IV) en la mano o en el antebrazo.
- Usted se lo podría tomar antes de la tomografía. El momento para beber el medio de contraste depende del tipo de examen que se vaya a realizar. El líquido de contraste puede tener un sabor a tiza, aunque algunos vienen con sabores. El medio de contraste sale del cuerpo a través de las heces.
- En raras ocasiones, el medio de contraste se puede administrar a través del recto utilizando un enema.
- Si se utiliza un medio de contraste, es posible que también se le solicite no comer ni beber nada durante 4 a 6 horas antes del examen.
- Antes de recibir el medio de contraste por vía intravenosa, coménteles al proveedor de atención médica si toma el medicamento para la diabetes metformina (Glucophage). Puede ser necesario que las personas que toman este medicamento lo suspendan temporalmente. También hágales saber a su proveedor si tiene problemas con los riñones. El medio de contraste por vía intravenosa puede empeorar la función renal.

- Averigüe si la máquina de TC tiene un límite de peso si usted pesa más de 135 kilogramos. Demasiado peso puede dañar el escáner.
- A usted se le solicitará quitarse las joyas y ponerse una bata de hospital durante el estudio.

## 4.LO QUE SE SIENTE DURANTE EL EXAMEN

- Algunas personas pueden sentir incomodidad por el hecho de permanecer acostadas sobre una mesa dura.
- El medio de contraste administrado a través de una vía intravenosa puede causar una ligera sensación de ardor, un sabor metálico en la boca y un calor súbito en el cuerpo. Estas sensaciones son normales y usualmente desaparecen al cabo de unos pocos segundos.

## 5. RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA EL EXAMEN

- Una tomografía computarizada (TC) crea imágenes detalladas del cuerpo, que incluyen el cerebro, el tórax, la columna y el abdomen. El examen se puede utilizar para:
  - Diagnosticar una infección
  - Guiar a un cirujano hasta la zona correcta durante una biopsia
  - Identificar masas y tumores, incluso el cáncer
  - Estudiar los vasos sanguíneos

## 6.RIESGOS

- Los riesgos de las TC incluyen:
- Reacción alérgica al medio de contraste
- Daño a la función renal a causa del medio de contraste
- Exposición a la radiación
- Las TC lo exponen a una mayor radiación que las radiografías regulares. Tomar muchas radiografías o tomografías computarizadas con el tiempo puede aumentar el riesgo de cáncer. Sin embargo, el riesgo de una sola tomografía es pequeño. Usted y el médico deben sopesar el riesgo frente al valor de la información que provendrá de la tomografía. La mayoría de máquinas de TC tienen la capacidad de disminuir la dosis de radiación.

- Algunas personas tienen alergias al medio de contraste. Coméntele al proveedor si usted alguna vez ha tenido una reacción al medio de contraste inyectado.
- El tipo más común de medio de contraste administrado por vía intravenosa contiene yodo. Si usted es alérgico al yodo, un tipo de medio de contraste puede causarle náuseas o vómitos, estornudos, picazón o urticaria.
- Si definitivamente se le tiene que administrar este medio de contraste, el médico le puede dar antihistamínicos (como Benadryl) o esteroides antes del examen.
- Los riñones ayudan a sacar el yodo del cuerpo. Si usted padece enfermedad renal o diabetes posiblemente necesite recibir líquidos adicionales después del examen para ayudar a eliminar el yodo del cuerpo.
- En raras ocasiones, el medio de contraste puede ocasionar una respuesta alérgica potencialmente mortal llamada anafilaxia. Si usted presenta alguna dificultad para respirar durante el examen, debe notificárselo al operador del escáner inmediatamente. Estos aparatos incluyen un intercomunicador y parlantes, de tal manera que el operador puede escucharlo en todo momento.

# BIBLIOGRAFÍA

- Blankensteijn JD, Kool LJS. Computed tomography. In: Cronenwett JL, Johnston KW, eds. Rutherford's Vascular Surgery. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 22.
- Shaw AS, Prokop M. Computed tomography. In: Adam A, Dixon AK, Gillard JH, Schaefer-Prokop CM, eds. Grainger & Allison's Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging. 6th ed. New York, NY: Elsevier; 2015:chap 4.
- Jackson JE, Meaney JF. Angiography: principles, techniques, and complications. In: Adam A, Dixon AK, Gillard JH, Schaefer-Prokop CM, eds. Grainger & Allison's Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2015:chap 84.



# **TEMA 25. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR**

**SOFÍA MARTÍNEZ VÍLLA  
PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN  
LORENA GARCÍA GARCÍA  
MILAGROS GUILLERMO MEDINA**

# ÍNDICE

- **¿QUÉ ES?**
- **TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA**
- **TRATAMIENTO CON LÍTIO**
- **USO ACTUAL DEL LITIO**
- **MECANISMO DE ACCIÓN**
- **CLÍNICAS DE LITIO**
- **ORIENTACIONES DEL ESTUDIO**
- **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

# TRASTORNO BIPOLAR: ¿QUÉ ES? (1)

o 1851→ Falret (médico francés) caracteriza el trastorno bipolar como una enfermedad. La definió como «*folie circulaire*» (locura circular) y la describió como episodios maníacos y melancólicos separados por intervalos libres de síntomas.

o 1854→ Baillarger utilizó el término «*folie à double form*» para describir los episodios cíclicos maníaco-melancólicos.

o Trastorno bipolar → Enfermedad psiquiátrica, episódica y recurrente.

Característica esencial→ historia de uno o más episodios maníacos

Los pacientes suelen presentar también durante la evolución de la enfermedad algún episodio depresivo mayor.

Según los criterios del **DSM-IV**(\*) durante el periodo de alteración del estado de ánimo deben estar presentes al menos tres de los siguientes síntomas: (2)

- 1). Autoestima exagerada.
- 2). Disminución de la necesidad de dormir
- 3). Aumento de la cantidad de lenguaje (verborrea)
- 4). Fuga de ideas
- 5). Distraibilidad
- 6). Aumento de la actividad.
- 7). Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.(3)

(\*) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (American Psychiatric Association)

# TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA

**CARBAMAZEPINA** → fármaco anticonvulsionante utilizado en el trastorno bipolar desde los años ochenta (5)

❖ Pocos estudios demuestran la eficacia de esta sustancia en la profilaxis de la manía y la depresión bipolar, ya que para que sea efectiva a menudo necesita administrarse de forma conjunta con otros tratamientos (5)

❖ Efectos adversos → Síndrome de Hipersensibilidad a anticonvulsionantes, caracterizado por:

- rash
- fiebre
- linfadenopatía
- afectación de varios órganos

El cuadro clínico aparece cuatro semanas después de iniciar el tratamiento y se desarrolla con afectación multiorgánica y un curso fluctuante, incluso en presencia de la droga (6)

# TRATAMIENTO CON LÍTIO

- ❖ Siglo XIX → primera utilización clínica del litio para el tratamiento de la gota
- ❖ 1940 → se usa como sustituto del cloruro sódico en enfermos cardíacos e hipertensos, aunque se retiró rápidamente del mercado cuando se comprobó que producía graves envenenamientos. (4)
- ❖ 1949 J.F.Cade demuestra que el litio podía inducir amansamiento en cobayas salvajes y agresivas, después de esto llevó a cabo un ensayo no controlado con 19 pacientes:
  - 10 maníacos,
  - 6 esquizofrénicos
  - 3 depresivos. (7)

# TRATAMIENTO CON LÍTIO

El primer grupo mostró una clara mejoría tras el tratamiento con litio, pero algunos estudios que revelaban casos de muerte por intoxicación con estas sustancias motivaron que este ensayo inicial fuera olvidado hasta mediados de la década de los años 60 (8)

❖ En 1965, Cade, Ayd y Schou realizan estudios controlados con diversos pacientes afectados de ésta y otras patologías demostrando la eficacia antiamínica del litio.

❖ Principios 1970→ Los resultados de los anteriores ensayos alentaron a la comunidad científica sobre las posibilidades terapéuticas de la sustancia, que fue finalmente comercializada en esta década. (9)

# USO ACTUAL DEL LITIO

-antimaníaco.

-tratamiento eficaz de la psicosis maníaca.

-profilaxis de la manía recurrente.

-episodios depresivos .

-previene el riesgo de suicidio en la fase depresiva.

Actualmente es la única sustancia aprobada por FDA para la profilaxis de los trastornos bipolares. (4)

# MECANISMO DE ACCIÓN

Aún hoy se baraja un amplio abanico de posibilidades, entre las que destacan:

- normalización de algunas alteraciones iónicas.

- acciones sobre el sistema adenilciclasa-AMPc.

- efectos en el ciclo del fosfatidilinositol.

- interacciones con los receptores 5HT1B de la serotonina.

Más recientemente, se han postulado otras teorías relacionadas principalmente con su capacidad de incrementar las concentraciones de algunas proteínas neuroprotectoras y normalizar las concentraciones plasmáticas de enzimas, como la proliloligopeptidasa, relacionadas con algunas enfermedades afectivas. (4)

# CLÍNICAS DE LITIO

- El tratamiento con litio precisa una determinación periódica de la litemia, así como un estrecho control clínico del paciente. Los niveles bajos de litio en sangre → aumentan el riesgo de recaídas, niveles tóxicos → pueden llegar a provocar complicaciones fatales.

La supresión del litio tras un tratamiento efectivo se asocia con un aumento de la tasa de recurrencias de los episodios, preferentemente maniacos (10,11,12)

- **Clínica de litio:** dispositivo asistencial específico en el ámbito de la consulta externa que se ocupa del seguimiento a largo plazo del tratamiento profiláctico en enfermos con trastorno bipolar (3)

Funciones: control de la evolución clínica del paciente, y de posibles efectos adversos. Informar y educar al paciente y familia.

Organización: minimizar las molestias para el paciente y facilitar el cumplimiento terapéutico.

# ORIENTACIONES DEL ESTUDIO

- ❖ Histórica: “Según todos los datos, la primera utilización clínica del litio fue en el siglo XIX para el tratamiento de la gota; posteriormente se empleó a principios de 1940 para sustituir al cloruro sódico en enfermos cardíacos e hipertensos, aunque se retiró rápidamente del mercado cuando se comprobó que producía graves envenenamientos” (13,4)
- ❖ Médica: “El tratamiento con litio precisa una determinación periódica de la litemia, así como un estrecho control clínico del paciente, ya que niveles bajos de litio en sangre aumentan considerablemente el riesgo de recaídas y niveles tóxicos pueden llegar a provocar complicaciones fatales ...” (6)
- ❖ Farmacológica: “La carbamazepina es un fármaco anticonvulsionante utilizado en el trastorno bipolar desde los años ochenta, aunque hay pocos estudios que demuestren la eficacia intrínseca de esta sustancia en la profilaxis de la manía y la depresión bipolar” (6)

# RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- En los artículos estudiados hemos encontrado puntos de vista muy diversos tanto cualitativos como cuantitativos ya que hemos analizado tanto textos históricos como estudios experimentales.
- Las conclusiones a las que llegamos tras investigar y analizar los artículos son relevantes y significativas, no en lo que respecta a la Enfermería pero si en el campo de las enfermedades mentales tanto para la practica clínica como para la teoría, ya que da gran información acerca del tratamiento del trastorno bipolar y de cómo se encuentra en este momento “*De todas formas, aún no existe ninguna teoría que aglutine todas o parte de estas hipótesis para postular un único mecanismo de acción del litio*” (4)

# BIBLIOGRAFÍA

- (7)(8)(9)“Psicofarmacología: una aproximación Histórica” Carmen Torres Bares, M<sup>a</sup> Dolores Escarabajal Arrieta, *Anales de Psicología*, 2005; vol 21 Numero 2 diciembre, pps. 199-202.
- (2)(3)(10)(11)(12)“Trastorno Bipolar, Seguimiento en una clínica de litio” M<sup>a</sup> Dolores Agulló Hernández, M<sup>a</sup> Teresa Sanz Osorion, Miguel Barbará Berdaguer, Vicenç Valles i Callol Maite Garolera Freixa, Luis Delgado Cruz y Joan Alborni i Coderch .*Rol de enfermería*, 2000; vol 23. Numero 3; pps. 177-180.
- (6)“Síndrome de hipersensibilidad a carbamazepina durante el tratamiento del trastorno bipolar” A. Barroso Cañizares, M. Cavero Almarcegui, *Anales Psiquiatría*, Madrid, 2007; vol 23. Numer 2, pps. 78-80.
- (1)(4)(5): “Litio: 55 años de historia en el tratamiento del trastorno bipolar” Frederic Mármol, *Medicina clínica*, Barcelona, 2006; vol 127; pps. 189-195.



# **TEMA 26. ANÁLISIS DEL PERFIL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

**ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ  
SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS  
JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **PERFIL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO**
- **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICA**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género (1), se define el concepto de violencia de género como:

"Toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres".

El origen de la violencia de género radica en los valores, principios y creencias de nuestra sociedad, que en un contexto sociocultural androcéntrico sitúa a la mujer en posición de inferioridad respecto del hombre.

# PERFIL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque en el caso de los maltratadores, sin intentar definir un perfil, se pueden plantear una serie de características de comportamiento que suelen ser comunes en su conducta, en el caso de las mujeres víctimas de la violencia de género es, más difícil establecer no ya un perfil sino plantear que características que suelen ser comunes en su conducta, ya que es muy complicado distinguir cuales de esas características son propias de la mujer (previas a la violencia sufrida) y cuales son consecuencia de la violencia(2).

Por ello, es importante entender que el ataque que realiza un maltratador es emocional, es decir, no ataca a través de la inteligencia, la cultura o el conocimiento de la mujer, sino a través de sus emociones. Por ello se plantea que cualquier mujer puede ser víctima de un maltratador si la aborda en un momento emocional oportuno.

## **Consecuencias de ser víctima de la violencia de género:**

- Pérdida de la autoestima y se sienten degradadas.
- Acepta el machismo de su pareja y asume su dependencia hacia él.
- Miedo, estrés, crisis de ansiedad, depresiones, trastornos del sueño, trastornos alimenticios e irritabilidad.
- Incomunicación y aislamiento.
- Indecisión e inseguridad debido al bloqueo mental.
- Culpabilización, vergüenza y temor.
- No toma decisiones en su propia vida debido a su inseguridad.

## **Reacciones de las mujeres frente a las agresiones**

- El abuso psicológico que se produce dentro del contexto de la violencia género lleva al temor y a la debilitación de las víctimas.
- El aislamiento de las víctimas lleva a una dependencia del agresor y a la aceptación de las acciones del agresor.
- El temor y la pérdida personal refuerzan la dependencia emocional de la víctima hacia el agresor.

Al analizar la incidencia del maltrato de mujeres hay un acuerdo casi unánime en aceptar que se trata de un delito oculto, sugiriéndose que el número de denuncias se correspondería, aproximadamente, a un 5%- 30% de los casos existentes (3).

# VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

## **Edad:**

Según las estadísticas facilitadas por el Instituto de la Mujer (2006), son las mujeres de entre 31 y 40 años las que más denuncian su condición de víctimas, seguidas por las mujeres de entre 21 y 30 años y de entre 41 y 50 años (4).

## **Nacionalidad:**

La incidencia del maltrato, tanto declarado como técnico, es mayor entre las mujeres extranjeras residentes en España que entre las mujeres españolas.

## **Hábitat:**

En España y según los datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer, hay una asociación entre el maltrato declarado y el tamaño del hábitat; a medida que aumenta el tamaño poblacional de los municipios de residencia aumenta el porcentaje de mujeres que se declaran como maltratadas.

## **Estado civil:**

El mayor porcentaje de maltrato declarado se da entre las mujeres separadas o divorciadas frente a las casadas y las solteras.

## **Nivel educativo:**

La violencia doméstica afecta a cualquier mujer, independientemente de su nivel educativo. En el grupo de mujeres técnicamente maltratadas aparece el porcentaje más elevado de mujeres sin estudios o con estudios primarios incompletos (4).

## **Actividad laboral:**

El nivel de actividad de las mujeres técnicamente maltratadas es más bajo en comparación con la media de la población general de mujeres. Parece ser, que la actividad laboral facilitaría en estas mujeres la toma de conciencia de su condición de víctima, o bien que esta percepción subjetiva de su condición de víctima impulsaría a estas mujeres a incorporarse al mundo laboral, como medio de lograr la independencia respecto al agresor

# BIBLIOGRAFÍA

[1] Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. BOJA núm. 247, de 18 de diciembre de 2007. [citado 18 Mar. 2017]. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/247/2>

[2] Introducción y conceptos Violencia de género: génesis [citado 18 Mar. 2017]. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia\\_Genero\\_Documentacion\\_Red\\_Ciudadana\\_folleto.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf).

[3] Bosch Fiol, E, Ferrer Pérez, Va. Mujeres maltratadas: Análisis de características sociodemográficas, de la relación de pareja y del maltrato. Psychosocial Intervention [Internet]. 2003;12(3):325-344. [citado 18 Mar. 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818049005>

[4] Instituto de la Mujer Mujeres en cifras. [Internet][citado 13 Mar. 2017]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Macroencuestas.htm>



# **TEMA 27. REVISIÓN SOBRE EL USO DE PALIPERIDONA TRIMESTRAL Y AUMENTO DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EVITANDO RECAÍDAS**

**LAURA MARTÍN DE LA PUENTE  
ESTEFANÍA MORÁN SUÁREZ**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADO**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El uso de la paliperidona está indicado para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, la prevalencia a lo largo de la vida se estima entre el 0,7-1,5%.

El DMS-5 define como criterios diagnósticos de esquizofrenia:

- A. La anomalía durante al menos un mes de dos o más de los siguientes procesos psicológicos: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento motor gravemente desorganizado o anormal(incluyendo catatonia) o síntomas negativos.

# INTRODUCCIÓN

- B. Fracaso de la consecución de un adecuado funcionamiento a nivel interpersonal, académico o laboral.
- C. Duración de al menos seis meses de los signos de la enfermedad.
- D. Se debe descartar otros trastornos mentales tales como, trastornos esquizoafectivos o episodios mayores de depresión o hipomanía.
- E. Se debe descartar que la enfermedad sea atribuible a consumo de sustancias o enfermedad orgánica.

Debido a la cronicidad y la falta de conciencia de enfermedad hace que la adherencia farmacológica sea baja, ocasionando el primer factor que desencadena las recaídas en los pacientes esquizofrénicos.

# INTRODUCCIÓN

La OMS define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, esto es tomar tratamiento con la dosis y duración adecuada.

Se estima que la mitad de los pacientes abandonan la medicación durante el primer año de tratamiento, llegando hasta el 75% durante el segundo año.

Según Taylor et al(2005) referencia que un número elevado de recaídas conllevan muchas consecuencias:

- Pronóstico más desfavorable.
- Menor capacidad para recuperar niveles de salud y funcionamiento premórbido.
- Riesgo de heteroagresividad y autoagresividad.
- Empeoramiento de su calidad de vida.

# INTRODUCCIÓN

- Aumento del consumo de recursos sanitarios y costes.
- Aumento de la carga sobre el cuidador

El plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, realizado por la Asamblea Mundial de Salud 2013, hace hincapié en llevar a cabo las medidas necesarias para proporcionar los servicios necesarios a los pacientes con enfermedad mental grave.

Los antipsicóticos inyectados de acción prolongada se introdujeron para mejorar la adherencia al tratamiento y de esta forma evitar las recaídas.

# INTRODUCCIÓN

Primero surgieron los antipsicóticos de primera generación de liberación prolongada: **Modecade**(decanoato de flufenazina), **Cisordinol o Clopixol**(zuclopentixol), tras ellos surgieron antipsicóticos inyectables de segunda generación o atípicos; los cuales disminuyen de forma considerable los efectos adversos provocados por los primeros, siendo mejor tolerados por los pacientes y asegurando el nivel de antipsicótico estable en sangre, estos son: **Risperdal Consta** (risperidona) cada 15 días, **Abilify Maintena** (aripiprazol) y **Xeplion** (palmitato de paliperidona) ambos de aplicación mensual y **Trevicta** (palmitato de paliperidon) de aplicación trimestral.

# INTRODUCCIÓN

Debido a la novedad del uso de los antipsicóticos de acción prolongada y sus mejoras en el descenso de las recaídas de los pacientes, unido a la mejora de la independencia del paciente, debido al descenso del número de visitas al servicio de enfermería, se plantea una revisión bibliográfica con el fin de conocer los efectos de a paliperidona trimestral.

# **OBJETIVOS**

Revisar la evidencia disponible sobre el uso de paliperidona trimestral en pacientes con esquizofrenia.

# METODOLOGÍA

Con el fin de localizar la información científica sobre el tema de estudio objeto de este informe se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios científicos, para lograr dicho fin se ha buscado en las bases de datos PUBMED, que utiliza datos de la base Medline, de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Cochrane Lybrary Plus, base de datos que difunde revisiones sistemáticas y Dialnet; portal bibliográfico centrado en las Ciencias Humnasm Jurídicas y Sociales, constituyendo una herramienta para la búsqueda de información de la literatura científica Hispana.

La búsqueda se ha llevado a cabo durante el mes de Noviembre 2017.

# METODOLOGÍA

Los criterios de inclusión han sido ensayos clínicos aleatorios (ECA) y revisiones sistemáticas (RS), comprendidas en rango de fechas 2010-2017, con el objetivo de ser lo más actualizado posible dada la novedad del fármaco a tratar.

Se han utilizado las palabras clave para su búsqueda: **«Paliperidona palmitate 3 month», «Trevicta», «invenga», «palmitato de paliperidona».**

# METODOLOGÍA

Se han obtenido los siguientes resultados de la búsqueda bibliográfico

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>Resultados</b>
PUBMED	54
COCHRRANE LYBRARY PLUS	77
DAILNET	8
<b>Total</b>	<b>139</b>

# RESULTADOS

Después de realizar un análisis de los documentos obtenidos se eligió una selección de los artículos mejor adaptados al tema del presente estudio, formada por 8 artículos.

De esta forma, se obtuvieron como resultados más relevantes los siguientes:

- La agencia Europea de Medicamentos (Informe de Evaluación Doc ref: EMA/60983/2011) hace referencia que uno de los principales objetivos del tratamiento de la esquizofrenia es reducir el número de recaídas.
- La paliperidona es un fármaco antipsicótico. La paliperidona es un producto de degradación activo de la risperidona, otro antipsicótico que se utiliza para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia.

# RESULTADOS

- El nombre comercial del palmitato de paliperidona trimestral es Trevicta<sup>®</sup>, empleado a partir de mayo de 2016.
- Es el primer y único fármaco de liberación prolongada de administración intramuscular trimestral.
- Su uso fue aprobado en la Unión Europea en diciembre de 2014, España a partir del año 2016
- El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) observó que las inyecciones paliperidona son eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Se presenta como suspensión inyectable de liberación prolongada, en jeringas precargadas (175 mg, 263mg, 350mg y 525 mg). Administrado por un profesional sanitario mediante inyección lenta intramuscular cada tres meses.

# RESULTADOS

- Se observó tras varios estudios que el uso de Trevicta<sup>®</sup>, administrado de forma trimestral, es más eficaz que el placebo e igual de eficaz que las dosis mensuales en la prevención de las recaídas de la esquizofrenia. Lo que supuso que el Comité asegurara que los beneficios del uso de Trevicta<sup>®</sup> son mayores que sus riesgos autorizando su comercialización.
- Los efectos secundarios del uso de paliperidona trimestral, más frecuentes son los siguientes:
  - Insomnio dolor de cabeza
  - Ansiedad
  - infecciones de las vías respiratorias superiores
  - reacciones en el lugar de la inyección
  - aumento de peso

# CONCLUSIONES

La paliperidona administrada cada tres meses supone la mejora de la adherencia en el tratamiento de la esquizofrenia, evitando la recaída; siendo tan eficaz como las inyecciones mensuales, empleadas habitualmente.

El empleo de la paliperidona administrada cada tres meses asegura la adherencia al tratamiento de forma más eficaz que el uso de placebos.

Previene recaídas: debido a que el fármaco se mantiene de forma constante en sangre, previene los olvidos y abandonos de la medicación.

Hace más cómodo el tratamiento.

Se adaptan mejor a los programas de rehabilitación integrada.

Disminuye el número de ingresos provocados por una descompensación

Son mejor tolerados.

# BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association., Kupfer,D.J., Regeir,D.A., Aragon López, C., Ayuso–Mateos, J.L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante,A. DSM-5:Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- M.A.Valverde Eizaguirre. Curar con lo último: el palmitato de paliperidona. Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, N°. 46, 2013, págs. 59-74
- Autores: M. Mar Serrano Cartón, M.C. Serrano Cartón, R. Méndez Iglesias, B. Menéndez Sánchez, Manuel Serrano Vázquez. La recaída en los trastornos esquizofrénicos y los nuevos abordajes: una revisión y las primeras experiencias con palmitato de paliperidona. Revista gallega de psiquiatría y neurociencias, ISSN-e 1138-5189, N°. 12, 2013, págs. 87-97

# BIBLIOGRAFÍA

- M<sup>a</sup>.P. Pérez García, M<sup>a</sup>.C. Vallejo Curto. Estudio de 17 pacientes en tratamiento con Palmitato de Paliperidona durante un período de 6 meses en una USM. Revista gallega de psiquiatría y neurociencias, ISSN-e 1138-5189, N<sup>o</sup>. 11, 2012, págs. 89-92
- Brasso C, Bellino S, Bozzatello P, Montemagni C, Rocca P. Role of 3-monthly long-acting injectable paliperidone in the maintenance of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Nov 7;13:2767-2779. doi: 10.2147/NDT.S150568. eCollection 2017. Review.
- Savitz AJ, Xu H, Gopal S, Nuamah I, Hough D, Mathews M..Paliperidone palmitate 3-month treatment results in symptomatic remission in patients with schizophrenia: a randomized, multicenter, double-blind, and noninferiority study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017 Nov;32(6):329-336.

# BIBLIOGRAFÍA

- Einarson TR, Bereza BG, Garcia Llinares I, González Martín Moro B, Tedouri F, Van Impe K. Cost-effectiveness of 3-month paliperidone treatment for chronic schizophrenia in Spain. *J Med Econ*. 2017 Oct;20(10):1039-1047. doi: 10.1080/13696998.2017.1351370. Epub 2017 Jul 13.
- Chirila C, Nuamah I, Woodruff K. Health care resource use analysis of paliperidone palmitate 3 month injection from two phase 3 clinical trials. *Curr Med Res Opin*. 2017 Jun;33(6):1083-1090. doi: 10.1080/03007995.2017.1300144. Epub 2017 Mar 28.

# BIBLIOGRAFÍA

- Berwaerts J, Liu Y, Gopal S, Nuamah I, Xu H, Savitz A, Coppola D, Schotte A, Remmerie B, Maruta N, Hough DW. Efficacy and Safety of the 3-Month Formulation of Paliperidone Palmitate vs Placebo for Relapse Prevention of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015 Aug;72(8):830-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0241.
- Samtani MN, Nandy P, Ravenstijn P, Remmerie B, Vermeulen A, Russu A, D'hoore P, Baum EZ, Savitz A, Gopal S, Hough D. Prospective dose selection and acceleration of paliperidone palmitate 3-month formulation development using a pharmacometric bridging strategy. *Br J Clin Pharmacol*. 2016 Nov;82(5):1364-1370. doi: 10.1111/bcp.13050. Epub 2016 Jul 24.



# **TEMA 28. ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN ANCIANA.**

**CAROLINA ALEJO IBAÑEZ**

# ÍNDICE

**PALABRAS CLAVE**

**RESUMEN**

**OBJETIVO**

**MATERIAL Y MÉTODOS**

**RESULTADOS**

**CONCLUSIÓN**

**BIBLIOGRAFIA**

# **PALABRAS CLAVE**

Anciano

MNA

Nutrición

## RESUMEN

En este trabajo se evalúa el estado nutricional de las personas mayores de 65 años de la provincia de Barcelona.

Participaron 128 ancianos (63,6% mujeres y 36,4% hombres) de edad media 80,7 años. Se midieron parámetros antropométricos (peso, distancia talón-rodilla y circunferencia del antebrazo y de la pantorrilla) y se utilizó el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA). Se observó que el 70% de la población no presentaba un estado nutricional adecuado (el 57,5% está en situación de riesgo de desnutrición y el 12,5% desnutridos); esta situación empeora entre la población femenina.

Los ítems que se observan con mayor frecuencia en la población estudiada son la pérdida involuntaria de peso, ingerir proteínas sólo en una de las comidas del día, consumir poco líquido, pérdida de apetito, tomar más de tres medicamentos al día y tener una movilidad limitada que no le permite salir de casa.

Dedicar más tiempo en la consulta de enfermería a realizar educación sanitaria a los ancianos y sus cuidadores sobre la alimentación que deberían seguir evitaría patologías y riesgos derivados de la malnutrición.

# **OBJETIVO**

Evaluar el estado nutricional de personas mayores de 65 años que son visitados en la consulta de enfermería entre enero y diciembre de 2017, en un centro de Salud de la provincia de Barcelona, mediante el test MNA y medidas antropométricas.

# MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio epidemiológico transversal en el que se incluyeron personas de ambos sexos con edad igual o mayor de 65 años, no institucionalizados y con domicilio en la provincia de Barcelona. Se excluyeron los pacientes que por su estado cognitivo no se podía aplicar el test, las que no se podía obtener información a través de familiares y/o cuidadores y aquellos pacientes encamados o en estado terminal. El método de muestreo fue no probabilístico por cuotas de edad y sexo.

Participaron de forma voluntaria 128 personas mayores de 65 años que viven en sus domicilios, el 64,6% son mujeres y 35,4% son hombres.

La evaluación del estado nutricional se realizó mediante el cuestionario Mini Nutricional Assessment (MNA) cumplimentado por el personal de enfermería que habitualmente visita al paciente en el Centro de Salud.

El MNA es un método de evaluación y screening nutricional para población anciana. Está diseñado para el ámbito hospitalario, residencias y población ambulatoria. Actualmente está aceptado por un gran número de instituciones y organizaciones científicas en todo el mundo. Ha sido traducido a más de 20 idiomas y se han desarrollado cientos de estudios de prevalencia de desnutrición y de validación del método en distintos países

Ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad y fiabilidad y un alto valor predictivo. Consta de dos partes: un cribaje (7 preguntas), y una evaluación (12 preguntas) que se realiza sólo si el cribaje da positivo. El MNA consta en total de 19 ítems agrupados en 4 áreas: *parámetros antropométricos, valoración global, parámetros dietéticos y valoración subjetiva* del estado de salud. La puntuación máxima es de 30 puntos; valores iguales o superiores a 24 establecen un estado nutricional óptimo, entre 23,5-17,0 determinan riesgo de desnutrición y puntuaciones inferiores a 17 puntos indican desnutrición.

La medida de los parámetros antropométricos la realizaron también las enfermeras. Midieron a cada participante los siguientes parámetros: peso en kg, la circunferencia braquial o del antebrazo (CB) en cm, con una cinta métrica inelástica y en la parte superior del brazo no dominante, circunferencia de la pantorrilla (CP) en cm siguiendo las prescripciones de los autores del MNA y la distancia talón-rodilla en cm, mediante el empleo de un antropómetro colocando la rodilla y el tobillo flexionados en ángulo de 90. El IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) se calculó a partir de los datos de peso y altura.

Se realizó un tratamiento estadístico de los datos con el programa SPSS versión 14.0 para Windows.

# RESULTADOS

El IMC medio para esta población fue de 27,4, presentando los hombres valores significativamente más elevados para el peso y el IMC; por el contrario las mujeres eran significativamente más altas que los hombres.

Respecto al estado nutricional evaluado mediante el MNA se comprobó que solamente el 30% de la muestra se encontraba en un estado nutricional óptimo. Las mujeres presentaron peor situación nutricional que los hombres, ya que solamente un 18% estaba en un estado óptimo, frente al 51% de los hombres por lo que la mayor parte de la población desnutrida o en riesgo se encontró entre las ancianas.

La puntuación media del MNA (21,4) indicó que la situación general era de riesgo de desnutrición, y lo mismo ocurre si lo analizamos por sexos, encontrando valores significativamente más altos, para el MNA y para las cuatro áreas que lo conforman, en los hombres con respecto a las mujeres.

En cuanto a la contribución de las 4 áreas del MNA al estado nutricional de esta población, se observó que el 29% presenta un valor del IMC < 23 y casi un tercio de estos ancianos sufrieron pérdida de peso involuntaria en los últimos tres meses.

En cuanto a los parámetros dietéticos se encontró que un 34,4% de ancianos sólo ingería proteínas en una de las tres comidas, un 27,5% redujo su ingesta alimentaria por presentar pérdida de apetito y solamente el 27,6% bebían más de 5 tazas de líquidos al día.

La valoración global mostró una población sometida a polimedicación (70,2%) con situaciones de estrés o de enfermedad reciente (28%), además más la mitad de los ancianos presentaban problemas de movilidad que le impedía salir de casa y de ellos un 12,8% permanecían en cama o en silla. El área que menos contribuyó a la situación de riesgo nutricional fue la valoración subjetiva, lo que se explicaría porque la mayoría de los ancianos entrevistados consideraban que su estado de salud era

El área que menos contribuyó a la situación de riesgo nutricional fue la valoración subjetiva, lo que se explicaría porque la mayoría de los ancianos entrevistados consideraban que su estado de salud era similar o incluso mejor que el de otros ancianos de su misma edad.

# CONCLUSIÓN

El valor medio del MNA (21.4) para la población estudiada se encuentra en el intervalo de riesgo de desnutrición.

La mayoría de la población es mayor de 81 años y se clasificó en situación de □riesgo nutricional□ en base al valor del MNA, siendo este menor en las mujeres, lo que indica un peor estado nutricional en el sexo femenino.

Los ítems valoración global y parámetros dietéticos son los que más contribuyen a esta situación de riesgo nutricional. Se detectó, en la cuarta parte de la población, la presencia de factores de riesgo como la pérdida de peso, haber sufrido recientemente alguna enfermedad o demencia, polimedicación y la movilidad restringida.

En general los hábitos dietéticos indican que más de la mitad no incluye alimentos proteicos de forma habitual en alguna de las comidas diarias y la ingesta diaria de líquidos es inferior a la recomendada.

Esta población considera que no tiene problemas nutricionales y la autopercepción de su estado de salud es satisfactoria.

Dedicar más tiempo en la consulta de enfermería a realizar educación sanitaria a los ancianos y sus cuidadores sobre la alimentación que deberían seguir evitaría patologías y riesgos derivados de la malnutrición.

# BIBLIOGRAFÍA

- Cuyac M, Santana S. La Mini encuesta nutricional del anciano en la práctica de un Servicio hospitalario de geriatría: Introducción, validación y características operacionales. ALAN. 2007; 57(3): 255-265.
- Arbonés G, Carvajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marques-López I. et al. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo □ Salud Pública □ de la Sociedad Española de Nutrición. Rev Nutr Hosp. 2003;18 (3): 109-137.
- Mila R, Formiga F, Duran P, Abellano R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin (Barc). 2012;139(11):502–508

-Ramon J, Subira C. Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Med Clin (Barc). 2001; 117(20):766-770

-Iizaka S, Tadaka E, Sanada H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. Geriatr Gerontol Int. 2006; 8:24-31.



**TEMA 29. TRATAMIENTOS  
CONVENCIONALES Y NO  
CONVENCIONALES EN ÚLCERAS  
POR PRESIÓN. ESTUDIO DE CASO.  
PARTE IV: DISCURSIÓN Y  
CONCLUSIONES.**

**CRISTINA TUDELA BLAYA**

# ÍNDICE

**DISCURSIÓN**  
**LIMITACIONES ENCONTRADAS.**  
**CONCLUSIONES**  
**BIBLIOGRAFÍA**

# DISCURSIÓN

Las úlceras por presión es un problema que perdura desde hace años, y que actualmente sigue aconteciendo; y que en la mayoría de los casos se podría evitar.

Existen similitudes en las bibliografías encontradas acerca de la definición de úlcera por presión. Se trata de una afectación en la piel producida por la presión ejercida sobre una prominencia ósea, debido a la fuerza o cizalla.

En cuanto a la clasificación, existen cuatro estadios, según si la afectación es sobre la dermis, hipodermis, hueso o músculo, se tratará de un estadio u otro.

El tratamiento ha ido evolucionando, y las curas a su vez han ido mejorando, gracias a la aparición de nuevos materiales para llevarlas a cabo, y desechando técnicas como por ejemplo el desbridamiento mecánico, que perjudicaban en gran medida la piel del paciente.

Un estudio científico llevado a cabo recientemente en un centro socio-sanitario en España<sup>53</sup>, demuestra las similitudes de los datos aportados por tal estudio en la incidencia de úlceras por presión en España, y los datos aportados por el último Estudio Nacional sobre la Prevalencia de úlceras por presión en España <sup>10</sup>. Los datos se asemejan. El incremento de prevalencia es cada vez mayor, lo que hace pensar que las técnicas llevadas a cabo actualmente, deben ser mejoradas o bien, aplicar tratamientos alternativos que han demostrado una eficacia en la curación de úlceras por presión. En cuanto a las causas, la literatura consultada coincide que un estado cognitivo severo, está relacionado con un deterioro de la movilidad física, con su consiguiente dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Esto es caldo de cultivo para las úlceras por presión como ocurre en el paciente objeto de nuestro estudio.

Ya que un 21% de los pacientes que presentan úlceras por presión, mueren a causa de infecciones bacterianas debido a la complicación de la úlcera <sup>54</sup>, hay que prestar una importante atención al tratamiento en la infección de la herida.

Artículos científicos, en el que se llevan a cabo varios ensayos clínicos, ponen en duda la eficacia real de la aplicación de apósitos o cremas que contienen plata, como tratamiento para prevenir y tratar úlceras infectadas <sup>55, 56</sup>.

En consonancia, hay una alternativa en el tratamiento de úlceras infectadas, sin embargo, no es utilizada comúnmente en centros hospitalarios y centros socio-sanitarios. Según Elías, la técnica consiste en diluir en una jeringa, una ampolla de Amikacina o bien una ampolla de Ciprofloxacina, en diez mililitros de suero fisiológico al 0,9%, y se realiza la limpieza de la úlcera con dicha solución.

Posteriormente, se cubre la úlcera con un apósito impregnado en dicha solución, y ocluido con apósitos secos y estériles. Se ha de realizar dos veces al día, durante todos los días hasta que remita la infección.

Dicha técnica, demuestra que acelera el crecimiento de tejido de granulación <sup>57</sup>.

Sin embargo, el uso excesivo de antibióticos, puede provocar resistencia al tratamiento de este tipo de lesiones según otro artículo científico <sup>58</sup>.

Existe controversia en la literatura consultada, en cuanto a la limpieza de la úlcera. Unos estudios científicos establecen diferencias en cuanto al tamaño de la jeringa y la aguja en la que se proyecta el suero fisiológico, y otros sobre el material de lavado más eficaz.

Según Delgado, establece que se ha de introducir suero fisiológico en una la jeringa de 20 milímetros con una aguja de 0,9 por 25 milímetros, proyectada a quince centímetros de la herida <sup>59</sup>.

Sin embargo otros autores difieren, en que la jeringa debe de ser de 35 milímetros y una aguja o catéter de 19 milímetros <sup>60, 61</sup>.

En cuanto al material de limpieza de la cura, Da Silva et al. establecen que se puede aplicar agua de grifo hervida y posteriormente enfriada, en vez de suero fisiológico <sup>62</sup>. Según Palomar et al. establecen que además de utilizar suero fisiológico al 0,9%, se puede utilizar soluciones limpiadoras de polihexanida, en la que existe evidencia científica sobre la eficacia de dicha solución en la cura de úlceras por presión <sup>63</sup>.

La paciente objeto de nuestro estudio, se le aplicó una presión de lavado a chorro utilizando una botella de 100 mililitros de suero fisiológico con una aguja de 0,9 por 25 milímetros, resultando ser efectiva tal técnica durante el tratamiento. Hay que tener en cuenta, el alto coste que suponen los materiales utilizados para la cura de úlceras por presión actualmente, y que la estimación de muertes provocadas por este tipo de lesión, debido a infecciones y otras causas, va en aumento.

Por lo tanto, se han de plantear tratamientos alternativos para tratar las úlceras por presión, ya que los actuales son insuficientes.

Según Ramos et al. establecen la eficacia de la miel en la cura de úlceras por presión, no solo en términos económicos, sino en la aceleración del crecimiento del tejido de granulación, y como método autolítico eficaz para el desbridamiento del tejido necrótico<sup>64</sup>.

Morfi R. et al establecen que se ha de introducir la miel pura sin procesar ni esterilizar en jeringuillas de cinco a diez milímetros, y sin calentar al “baño maría”. La cantidad a utilizar depende del tamaño de la úlcera, en el caso de que la úlcera sea de diez por diez centímetros, se ha de aplicar veinte mililitros de miel aproximadamente. Recomiendan, no esterilizar la miel en autoclave. Y que la cura se ha de realizar cada veinticuatro horas<sup>65</sup>.

Lavandera I. añade que el apósito a utilizar ha de ser hidropolimérico para que absorba el exudado, y que la miel a aplicar sobre la úlcera rellene dos tercios de la misma<sup>66</sup>.

Según Pérez, establece que en vez de utilizar miel pura, se debe aplicar un producto llamado Propoariomiel, que es una mezcla de miel natural de abeja con extracto de fluidos propóleos. La técnica difiere de las anteriores, y consiste en aplicar Propoariomiel sobre gasas estériles en un recipiente estéril de acero inoxidable, y esperar a que se absorba homogéneamente. A continuación se procede a la limpieza de la úlcera con suero fisiológico al 0,9%, ayudado con torundas de gasa estériles. Una vez seca la úlcera, se aplica la gasa estéril impregnada de Propoariomiel, cubriendo toda la lesión, y se tapa con un apósito estéril. Dicha técnica se ha de realizar también cada veinticuatro horas <sup>67</sup>. Al paciente objeto de nuestro estudio, se le aplicó miel pura calentada al “baño maría” sin sobrepasar los 37° y posteriormente se le introdujo ya a temperatura ambiente, en una jeringa de diez mililitros sobre la úlcera, dejando actuar de dos a tres días.

Dicha técnica difiere de todas las bibliografías anteriores, en la que establecen no calentar la miel, y el tiempo para dejar actuar es diferente. Sin embargo, el paciente obtuvo una mejoría durante el tratamiento.

En cuanto a la terapia larval, existen controversias también en cuanto a la técnica. Un estudio establece aplicar de diez larvas por centímetro cuadrado, y en otro estudio, establece que en vez de aplicar directamente sobre la úlcera, larvas, se puede aplicar apósitos de nailon y polímero con larvas encapsuladas en su interior, en contacto con la úlcera. Dicha técnica es más eficaz que la anterior, debido a que no hay posibilidad de escape de las larvas, sin embargo, tiene el inconveniente de que las larvas no llegan fácilmente al tejido necrosado. Ambas técnicas coinciden en que la duración del tratamiento debe oscilar entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas, y que las larvas no pueden reutilizarse para otros tratamientos ni en otros pacientes <sup>68, 69</sup>.

En cuanto a la aplicación de sacarosa granulada, según Freitas et al. establece la efectividad de la misma en la cura de úlceras por presión. Estimula la cicatrización e interviene en la infección disminuyendo la misma. Dicho estudio estableció un porcentaje de curación total de un 89,5% de los casos <sup>70</sup>.

Existen similitudes acerca de la evidencia científica encontrada, demostrando la eficacia de la terapia de presión tópica negativa frente a la cura tradicional o seca, y la cura avanzada o en ambiente húmedo. Según varios ensayos clínicos tal terapia demuestra la disminución del tiempo de resolución en úlceras frente a los tratamientos convencionales, además de prevenir la infección. Es por tanto una alternativa fiable a las curas convencionales <sup>71</sup>, <sup>72</sup>. La paciente objeto de nuestro estudio no se le pudo aplicar ni la terapia de presión tópica negativa, ni la terapia larval, ni la aplicación de sacarosa. No pudiendo demostrar la eficacia.

Sin embargo, la técnica de aplicación de miel y de apósitos que favorecían la cura en ambiente húmedo si se le aplicaron, y demostraron una eficacia en la curación de la úlcera.

Por otro lado, existe controversia en la bibliografía en cuanto al uso de apósitos y productos pertenecientes al desbridamiento autolítico y al enzimático. Según Pott et al. la eficacia del apósito hidrocolóide es mucho más elevada frente a la gasa y a la cinta. Dichos autores también indican, que los apósitos hidrocolóides en forma triangular en la zona sacra, son más efectivos que los que presentan una forma oval. Sin embargo establecen una mayor efectividad, en el uso de apósitos de espumas de poliuretano, y la colagenasa perteneciente al desbridamiento enzimático, frente a los hidrocolóides <sup>73</sup>.

Otros autores como Quintana et al. establecen la eficacia de la papaína-urea como agente del desbridamiento enzimático, frente a la colagenasa comúnmente utilizada <sup>74</sup>.

Nuestra paciente se le aplicó para la cura de la úlcera por presión en el sacro, un apósito hidrocolóide en forma triangular, favoreciendo así el desbridamiento autolítico, y en otras ocasiones polvos de colagenasa. Alternando por lo tanto, el desbridamiento autolítico con el enzimático mostrando una gran mejoría.

A la paciente se le aplicó colagenasa, como he mencionado anteriormente, no pudiendo demostrar la efectividad de la papaína-urea como agente desbridante más efectivo. Sin embargo, con la colagenasa obtuvo un buen resultado en cuanto a la aparición de tejido de granulación y como desbridante ante la necrosis.

Palomares et al. establecen la eficacia de los apósitos compuestos por solución Ringer, frente a los hidrocolóides y espumas de poliuretano, difiriendo así de lo expuesto por Pott et al. Dicha técnica consiste en lavar de forma continua la úlcera utilizando Ringer, el cual presenta propiedades desbridantes, y ocluyendo con apósitos cuyo componente principal es tal producto

Rosell et al. difieren de todos los anteriores autores que demuestran la eficacia de la cura en ambiente húmedo utilizando el desbridamiento autolítico. Dichos autores establecen la eficacia del desbridamiento autolítico seco frente al convencional, utilizando para ello nitrofurazol, que es un antibacteriano y sirve para secar y delimitar la escara necrótica. La técnica consiste en aplicar dicho producto, y posteriormente se lava la úlcera con agua y jabón y se ocluye con una gasa vaselinada, hasta que la placa necrótica se caiga. Una vez que se caiga dicha placa necrótica, se continúa limpiando con suero fisiológico al 0,9% hasta que cicatrice la lesión <sup>76</sup>.

Por el contrario, Heyer et al. difiere de Rosell et al. Establece que los apósitos avanzados como hidrocolóides o espumas de poliuretano son mejores que los convencionales <sup>77</sup>.

A nuestra paciente no se le pudo aplicar, ni la cura con Ringer, ni el desbridamiento autolítico seco con nitrofuril, no quedando demostrada por tanto, tal eficacia.

La evidencia científica muestra que el apósito a aplicar en la úlcera por presión, debe ser adecuado a las características de la lesión. Los apósitos que retienen la humedad como hidrogeles, hidrocolóides, espumas, etc. son eficaces <sup>78</sup>.

Con relación a la paciente objeto de este estudio, se le aplicó apósitos adecuados según las características de la úlcera. Coincidiendo así, con lo expuesto anteriormente.

Con respecto a la prevención de las úlceras por presión, unos autores establecen la efectividad de la escala Braden y EMINA para pacientes inmovilizados <sup>79</sup>. Otro autor indica la eficacia de colchón de lana de cordero natural, frente a colchones de aire <sup>80</sup>.

En cuanto a la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados para la prevención de úlceras por presión, diversos autores coinciden en la eficacia de tales productos <sup>81, 82</sup>.

Sin embargo, Díaz-Valenzuela et al. establecen la eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados, existiendo una controversia acerca del uso de un producto u otro. La técnica con aceite de oliva virgen extra consiste en, aplicar mediante un pulverizador tal producto en zonas de riesgo cada doce horas, es decir, tras el aseo matinal y tras la cena. Las gotas se extienden suavemente sobre la piel, sin friccionar. Y no presenta efectos adversos <sup>83</sup>.

Pardo difiere con lo demostrado por Díaz-Valenzuela, estableciendo la efectividad de una emulsión a base de ácidos grasos hiperoxigenados, Aloe barbadensis y Mimosa tenuiflora, para prevenir las úlceras por presión <sup>84</sup>.

A la paciente objeto de nuestro estudio no se le aplicó ni ácidos grasos hiperoxigenados, ni aceite de oliva virgen extra, ni colchón antiescaras ni de lana de cordero natural. Por tanto, no se pudo verificar la eficacia en la prevención de otras úlceras por presión que pudieran aparecer en otras zonas.

# LIMITACIONES ENCONTRADAS

En cuanto a las limitaciones encontradas en este estudio han sido, la cantidad excesiva de información y la capacidad para resumirla. La imposibilidad de acceso a algunas páginas debido a que son de pago. Y el tiempo limitado para hacer un seguimiento del caso en estudio con el paciente.

# CONCLUSIONES

Existen diversas definiciones de úlceras por presión. Se clasifican en cuatro estadios, y la causa principalmente es la inmovilización prolongada debido a una patología de base. Existe actualmente un incremento de incidencias a nivel Nacional e Internacional.

Las técnicas convencionales son la limpieza con suero fisiológico, y las técnicas de desbridamiento más utilizadas son el desbridamiento cortante, el autolítico y el enzimático. Las técnicas no convencionales son la aplicación de miel, sacarosa, limo, larvas y terapia de presión tópica negativa.

El papel de enfermería en la prevención es fundamental, son los cambios posturales, colchones anti-escaras, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados, la higiene, el secado de la piel y la limpieza de la cama.

En cuanto al tratamiento de las úlceras por presión, se realiza una valoración de la úlcera según el estadio, la limpieza y el desbridamiento.

La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física m/p destrucción de las capas de la piel; asociado la complicación potencial principal “el dolor”.

El resultado NOC marcado como objetivo, del diagnóstico principal ha sido (1103) Curación de la herida: por segunda intención. Y el resultado (NOC) de la complicación potencial es (1605) Control del dolor. El tratamiento que se aplicó al paciente objeto de estudio con una UPP de grado III, fue la combinación del desbridamiento autolítico y cortante utilizando bisturí, el enzimático con colagenasa y la aplicación de miel con grandes resultados.

# BIBLIOGRAFÍA

43. Freitas G.R., Carvalho E.C., Rodrigues J.E., Barradas T., Milanez F.B.. Protocolo clínico de heridas: evidencias en úlcera por presión y quemaduras en la práctica de enfermería. Evidentia [revista en Internet] 2012 [consulta 10 de Abril de 2015]; 9(37):1-8. Disponible en:

<http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7711.php>

44. Pott F.S., Meier M.J., Stocco J.G., Crozeta K., Ribas J.D.. La efectividad del hidrocoloide versus otros apósitos en la cicatrización de úlceras por presión en adultos y ancianos: revisión sistemática y metanálisis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet] 2014 [consulta 10 de Abril de 2015]; 22(3): 511-20. Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00511.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00511.pdf)

45. Zamora L.G., Arias M.L.. Calidad microbiológica y actividad antimicrobiana de la miel de abejas sin aguijón. Rev Biomed [revista en internet] 2011 [consulta 10 de Abril de 2015]; 22(22): 59-66. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2011/bio112c.pdf>

46. Arango C., Fernández O., Torres B.. Tratado de Geriatria para residentes. Úlceras por presión. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011.

47. Landinez N.S., Contreras K., Castro A.. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet] 2012 [consulta 10 de Abril de 2015]; 38(4): 562-580. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lang=pt)

48. Martínez-Vaquero A. Sedentarismo y gen APoE en la enfermedad de Alzheimer. Schironia Revista científica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid [revista en internet] 2012 [consulta 10 de Abril de 2015]; (11): 40-41. Disponible en:

[http://www.cofm.es/Utilidades/Publicaciones-COFM/recursos/doc/Utilidades/Publicaciones/30569\\_231023102012122152.pdf#page=40](http://www.cofm.es/Utilidades/Publicaciones-COFM/recursos/doc/Utilidades/Publicaciones/30569_231023102012122152.pdf#page=40)

49. Covarrubias-Gómez A.. Manejo del dolor en el paciente anciano. Revista mexicana de anestesiología. 2012; 29(1): 207-209.

50. Luna A. Salud y cuidados en el envejecimiento. Controversia con el uso de medicamentos en la población geriátrica [internet]. España: Asoc. Univ. De Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2013. Disponible en:

[http://www.demenciasyalzheimer.com/jornadainvestigacion/LIBRO\\_DIGITAL.pdf#page=36](http://www.demenciasyalzheimer.com/jornadainvestigacion/LIBRO_DIGITAL.pdf#page=36)

51. Wilson J.H., McCrow J., Abbey J., Sacre S.. Oral liquid nutritional supplements for people with dementia in residential aged care facilities: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews 2010; 8(1):1-52. Disponible en:

<http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisri/article/view/97>

52. Christian R., Baker K.. Effectiveness of nurse practitioners in nursing homes: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews, 2009; 7(30): 1359-1378. Disponible en:

<http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisri/article/view/211>

53. Sancho A., Albiol R., Mach N.. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Atención Primaria [revista en internet] 2012 [consulta 12 de Abril de 2015]; 44(10): 586-594. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-el-estado-nutricional-90156239>

54. Muñoz-Gamito G., Calbo-Sebastián E., Riera-García M., Xercavins-Valls M., Rodríguez-Carballeira M., Garau-Alemany J.. Bacteriemias en la población de mayores de 80 años. Revista Clínica Española [revista en internet] 2012 [consulta 12 de Abril de 2015]; 212(6): 273-280. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256512001142>

55. Storm-Versloot M., Vos C.G., Ubbink D.T., Vermeulen H.. Es probable que los apósitos y las cremas que contienen plata no previenen la infección de las heridas ni promueven su cicatrización (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

<http://www.cochrane.org/es/CD006478/es-probable-que-los-apositos-y-las-cremas-que-contienen-plata-no-previenen-la-infeccion-de-las-heridas-ni-promueven-su-cicatrizacion>

56. Vermeulen H., van Hattem J.M., Storm-Versloot M.N., Ubbink DT. Plata tópica para el tratamiento de las heridas infectadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2010 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

<http://www.cochrane.org/es/CD005486/plata-topica-para-el-tratamiento-de-las-heridas-infectadas>

57. Sillerico G., Elias O.S., Cusiquispe M., de la Zerda J., Cussi A.. Uso de antimicrobianos diluidos en suero fisiológico para la curación de úlceras por decúbito. SCIENTIFICA [revista la Internet] 2012 [consulta 12 de Abril de 2015]; 10(1): 49-54. Disponible en:

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-00542012000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542012000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

58. Chon S.Y., Doan H.Q., Mays R.M., Singh S.M., Gordon R.A., Tying S.K.. Antibiotic overuse and resistance in dermatology. Dermatologic therapy [revista en internet] 2012 [consulta 12 de Abril de 2015]; 25(1): 55-69. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22591499>

59. Delgado J.M.. Valoración, identificación y evaluación de las heridas crónicas. Manejo del apósito adecuado. Revista de Enfermería [revista en internet] 2013 [consulta 12 de Abril de 2015]; 7(2): 1-3. Disponible en: <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/311>

60. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño: GNEAUPP, 2011.

61. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Úlceras por presión y heridas crónicas. Valencia: GNEAUPP, 2012.

62. Da Silva P.N., de Almeida A.E., Rocha I.C.. Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. Enferm. glob. [revista en la Internet] 2014 [Consulta 12 de Abril de 2015]; 13(33): 33-45. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100003&script=sci_arttext)

63. Palomar F., Fornes B., Delamo A., Bonias I., Marco M.I., San Bautista V., et al. Protocolo: tratamiento y prevención de úlceras por presión, humedad y crónicas. Enfermería dermatológica [revista en internet] 2012 [consulta 12 de Abril de 2015]; 6(15): 33-35. Disponible en:

<http://www.anedidic.com/descargas/trabajos-de-investigacion/15/protocolo-tratamiento-y-prevencion-de-ulceras.pdf>

64. Ramos A., Morillo J.M., Gayo N., Tasiguano J.E., Munzón E., Ribeiro A.. Curar o paliar: ¿qué cuesta más? Análisis de costes de tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad. Medicina Paliativa [revista en internet] 2015 [consulta 12 de Abril de 2015]; 22(2): 45-51. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-curar-o-paliar-que-cuesta-90391496>

65. Morfi R., Pérez A., Moreno R.M., Irma R.. Estudio de casos de úlcera por presión tratados con miel y propóleos. Geroinfo [revista en internet] 2013 [consulta 12 de Abril de 2015]; 8(3): 2-15. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2013/ger133c.pdf>

66. Lavandera I.. Curación de heridas sépticas con miel de abejas. Revista cubana de cirugía [revista en internet] 2011 [consulta 12 de abril de 2015]; 50(2): 187-196. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2011/rcc112f.pdf>

67. Pérez J.A., Rodríguez E., Angulo D.. Tratamiento de las úlceras por presión con el uso del Propoaromiel. Revista Cubana de Ciencia Apícola [revista en internet] 2011 [consulta 15 de Abril de 2015]; 13(3): 1-14. Disponible en:

<http://www.actaf.co.cu/revistas/apiciencia/2011-3/8propoaromiel.pdf>

68. González L., Fortes M., de Pedro E.. Terapia larval desbridante. Enfermería clínica [revista en internet] 2010 [consulta 15 de Abril de 2015]; 20(1): 47-53. Disponible en:

[http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1765/74/00740077\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1765/74/00740077_LR.pdf)

69. Van Son C.R., Stasyuk O.. Older immigrants from the former Soviet Union and their use of complementary and alternative medicine. Geriatric Nursing [revista en internet] 2014 [consulta 15 de abril de 2015]; 35(Supl. 2): 45-48. Disponible en:

<http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572%2814%2900065-2/pdf>

70. Freitas G.R., Carvalho E.C., Rodrigues J.E., Barradas T., Milanez F.B.. Protocolo clínico de heridas: evidencias en úlcera por presión y quemaduras en la práctica de enfermería. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia [revista en internet] 2012 [consulta 15 de Abril de 2015]; 9(37): 1-10. Disponible en:

<http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7711.php>

71. Shankara V., Brooks M., Mostow E.. Advanced therapies for chronic wounds: NPWT, engineered skin, growth factors, extracellular matrices. *Dermatologic Therapy* [revista en internet] 2013 [consulta 15 de Abril de 2015]; 26(3): 215-21. Disponible en:

<http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fdth.12050>

72. Buendía J., Vila A., Gómez R., Qiu S.S., Marré D., Romeo M. et al. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa: Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cir. plást. iberolatinoam.* [revista en Internet] 2011[consulta 15 de Abril de 2015]; 37(supl. 1): 65-71. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922011000500010&script=sci\\_arttext&tlng=enandothers](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922011000500010&script=sci_arttext&tlng=enandothers)

73. Pott F.S., Meier M.J., Dorociak J.G., Crozeta K., Ribas J.D.. La efectividad del hidrocoloide versus otros apósitos en la cicatrización de úlceras por presión en adultos y ancianos: revisión sistemática y metanálisis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 22(3): 511-520. Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00511.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00511.pdf)

74. Quintana E., Bastoni J., Valentim E., Pereira E., de Melo M.E.. Papaína-ureia como agente desbridante: revisao de literatura. Revista Baiana de Saúde Pública [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 38(3): 636-646. Disponible en:

[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/727/pdf\\_581](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/727/pdf_581)

75. Palomar F., Capillas R., Alba C., Serra N., Cerame S., Gandarias C., *et al.* Eficacia clínica del apósito compuesto de Ringer. Enfermería Dermatológica [revista en internet] 2012 [consulta 15 de Abril de 2015]; 6(15): 20-24. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4067599>

76. Rossell-Perry P., Aguirre-Flores-Rosas M., Jiménez-Villafán J.. Uso del método autolítico seco en el manejo de las úlceras de presión en pacientes adultos mayores. Acta Méd. Per. [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 31(1): 23-33. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172014000100005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000100005)

77. Heyer K., Augustin M., Protz K., Herberger K., Spehr C., Rustenbach S.J.. Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds: Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatology* [revista en internet] 2013 [consulta 15 de Abril de 2015]; 226(2): 172-184. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/348331>

78. Broussard K.C., Gloeckner J.. Wound Dressings: Selecting the Most Appropriate Type. *American Journal of Clinical Dermatology* [revista en internet] 2013 [consulta 15 de Abril de 2015]; 14(6): 449-459. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s40257-013-0046-4>

79. García-Díaz F. J., Cabello-Jaime R., Muñoz-Conde M., Bergera-Lezaun I., Blanca-Barba F., Carrasco-Herrero J.M. *et al.* Fiabilidad de las escalas de Braden y EMINA en pacientes de atención domiciliaria incluidos en programa de inmovilizados. Gerokomos [revista en Internet]. 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 25(3): 124-130. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000300008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000300008&script=sci_arttext&tlng=pt)

80. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño: GNEAUPP, 2011. Disponible en:

<http://gneaupp.info/superficies-especiales-para-el-manejo-de-la-presion/>

81. García F., Salmerón S., Martínez M.J., Tejada F.. Eficacia de los ácidos grasos esenciales frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de aparición de úlceras por presión en pacientes institucionalizados. Metas de enfermería [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 17(4): 19-25. Disponible en:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4713326>

82. Carrera C.. Evidencia de la efectividad de ácidos grasos hiperoxigenados para prevención y tratamiento de heridas. Metas de enfermería [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 17(7): 18-23. Disponible en:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4834871>

83. Díaz-Valenzuela A., Valle M.J., Carmona P.J., García-Fernández F.P., Pancorbo-Hidalgo P.L.. Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. Gerokomos [revista en internet] 2014 [consulta 15 de Abril de 2015]; 25(2): 74-80. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/helcos1.pdf>

84. Puentes J., Pardo C.M., Pardo M.B., Navarro F.J. Puentes R., Méndez J.M. *et al.* Evaluación clínica abierta multicéntrica no aleatorizada y prospectiva de la efectividad de una emulsión a base de ácidos grasos hiperoxigenados, Aloe barbadensis y Mimosa tenuiflora (Mepentol® Leche) en diferentes tipos de pacientes con riesgo de ulceración. Gerokomos [revista en la Internet] 2012 [consulta 15 de Abril de 2015]; 23(3): 123-127. Disponible en:  
<https://medes.com/publication/77540>

